

分类号_____

学号 M201574506

学校代码 10487

密级_____

华中科技大学

硕士学位论文

老年基本医疗服务可及性城乡差异研究
——以湖北省 11 市州为例

学位申请人：高 翔

学 科 专 业：社会保障

指 导 教 师：王三秀 教授

答 辩 日 期：2017 年 5 月

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Management**

**The Accessibility of Basic Medical Service of the
Elderly Study on the Differences between Urban
and Rural Areas ——Taking 11 Counties in Hubei
Province as an Example**

Candidate :Gao Xiang

Major : Social Security

Supervisor : Prof. Wang Sanxiu

Huazhong University of Science and Technology

Wuhan, Hubei 430074, P. R. China

May, 2017

摘要

提升城乡老年人基本医疗服务可及性是国家《“十三五”健康老龄化规划》中的重要工作部署，也是保障老年公民健康权利的一项重要手段。从现实来看，湖北省老年基本医疗服务需求迫切，且老年基本医疗服务可及性的城乡差异较为严重，并给其自身的身心健康均带来了不利影响，同时学者已有的研究只是集中于老年人医疗服务可及性现状的描述上，而本研究则以安德森卫生服务利用行为模型理论和健康权为指导，对湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异现状、后果、致因进行分析，并提出具体的建议。

本研究利用 2015 年第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查个人问卷（湖北地区 11 市州）的数据，指出了与城镇老年相比，湖北省农村老年基本医疗服务的经济可及性、时间可及性、预防性基本医疗服务可及性三方面都较差，这种城乡差异对老年人的躯体、心理、自评健康都产生了不利影响，进而分析了产生这种差异的因素，研究结果如下：从整体来看，潜在性因素、需求性因素、诱发性因素均会对经济可及性、时间可及性城乡差异产生显著的影响，而对预防性基本医疗服务可及性城乡差异产生的影响因素主要集中在潜在性因素和需求性因素之中。而从具体指标来看，潜在性因素中的性别、自评经济状况，需求性因素中的自评健康、躯体健康，诱发性因素中的个人储蓄、家庭收入、子女代际支持，门诊挂号优待服务均对湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异产生了显著的影响。

基于以上研究结论，结合湖北省卫生服务相关数据，本研究在缩小城乡老年人收入差距、调整政府在基本医疗卫生服务资源的配置结构、重点拓展农村老年基本医疗服务供给的广度等三方面提出了对应的政策建议。

关键词：老年；基本医疗服务可及性；城乡差异；湖北省

Abstract

Improving the accessibility of basic medical service among older individuals , both in urban and rural areas , is a significant part of the “ 13th Five-Year Plan” in China , which is an important way to guarantee the health rights of olds as well . In addition , there was a pressing demand in basic medical service in Hubei province , China , the basic medical service accessibility of urban and rural areas is more serious, and this have brought adverse effects for their physical and mental health, while scholars have been focused on the study of the elderly medical service accessibility status description. Thus , under the guidance of the Anderson's health service utilization behavior model , this study tries to make analysis on the causes , current situation , as well as the consequences of the inequalities concerning the accessibility of basic medical service existed between older individuals came from urban and rural areas . Also , praictical suggestions were promoted as well .

With data collected from the 4th cross-sectional survey on the living conditions for elderly in China (only 11countries in Hubei province) , this study revealed that olders adults from rural areas was at disadvantage on the access of basic medical service , especially from the following three dimensions :economic availability , time accessibility and preventability . Obviously , the risk factors mentioned above were going against the well being of physical health , mental health and self-evaluation of health among elderly. What's more, to illuminate the reasons of the existing inequality , this study promoted that , with up to the whole scale, potential factors , demanding factors , as well as predisposing factors were all significantly associated with the economic accessibility and time accessibility, while only the former two were at a significant correlation with preventability. With scale to the specific indicators , gender , economic status belong to the potential factors, demanding factors such as self-evaluaed health status and physical health, predisposing factors including saving status , family imcome, intergeneratinal support and favored treatment during doctors' office visiting were all significantly associated with the accessibility of basic medical service .

华 中 科 技 大 学 硕 士 学 位 论 文

Taken together , along with the statistics from the administration in Hubei province , this study promoted some specific suggestions from the following three aspects : narrowing the gap in the income between urban aged-individuals and rural older adults ; adjusting the distribution structure of the basic medical service ; focusing on expanding the breadth of the supply of elders basic medical services in rural areas.

Key words: elderly; the accessibility of basic medical service; the differences of urban and rural; Hubei province

目 录

摘 要.....	I
Abstract.....	II
1 绪论	
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究意义.....	2
1.3 文献综述.....	4
1.4 概念界定.....	12
1.5 理论基础.....	13
2 研究设计	
2.1 分析框架与研究思路.....	16
2.2 数据来源及变量说明.....	17
2.3 模型设定.....	23
3 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异现状	
3.1 湖北省老年基本医疗服务可及性的城乡差异分析.....	24
3.2 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异带来的不利影响.....	26
4 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的影响因素研究	
4.1 湖北省老年基本医疗服务经济可及性城乡差异的影响因素分析	32
4.2 湖北省老年基本医疗服务时间可及性城乡差异的影响因素分析	36
4.3 湖北省老年预防性基本医疗服务可及性城乡差异的影响因素 分析.....	38

华中科技大学硕士学位论文

5 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的基本结论与政策建议	
5.1 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的基本结论.....	41
5.2 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异改善的政策建议.....	43
致 谢.....	55
参考文献.....	56
附录一 论文中牵涉到问卷中的部分问题	62
附录二 攻读硕士研究生期间参与的科研项目与发表的学术论文	64

1 绪论

1.1 研究背景

随着我国人口老龄化进程的加快，老年基本医疗服务可及性引起了高度重视。2017年3月，由国家卫生计生委、国家卫生改革委、民政部等十三个部门联合发布了《“十三五”健康老龄化规划》，其中明确指出要积极应对人口老龄化，维护老年人的健康功能，提升老年人的健康水平，而在这一规划的九项重点部署中，其中一项就是要健全城乡老年医疗卫生服务体系，提高服务质量和可及性。从现实来看，湖北省老年基本医疗服务需求较为迫切，根据湖北省第四次卫生服务调查报告的数据显示，65岁以上城市老年人慢性病未治疗的比例为12.7%，相比之下，农村老年人的比例则高达18.9%，与此同时，65岁以上城市老年人住院率为185.4‰，远高于农村老年91.8‰的比例，^①有学者在2014年对湖北省居民发放900份问卷的调研结果显示，老年人在健康管理项目方面，城乡差异最为明显，城镇的频数为43.9，是农村的3.2倍。^②

2009年9月，湖北省为贯彻落实《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，并促进全省居民基本医疗卫生服务可及性逐步实现城乡均等化，由湖北省医改领导小组办公室召开会议，标志着基本公共卫生服务项目工作在湖北省全面启动，2015年湖北省政府印发的《湖北省医疗卫生服务体系发展规划（2015—2020年）》中进一步强调了保障城乡居民基本医疗服务可及性的重要性，湖北省在根据文件实施相关举措之后，城乡居民在基本医疗卫生服务可及性的方面得到了明显提高，也进一步推动了基层医疗卫生机构改革，但同时也面临着城乡居民医疗服务可及性享受水平的差距逐渐拉大，居民对项目的知晓率过低等问题，这些问题势必会对缩小湖北省居民基本医疗服务可及性的差异产生阻碍作用，湖北省在人口老龄化背景下，对于老年群体基本医疗服务可及性的城乡差异现状及背后的影响因素研究就显

①焦红.湖北省第四次卫生服务调查报告[M].武汉：华中科技大学出版社，2010:60-67.

②熊侃霞.湖北省基本公共卫生服务均等化问题研究[M].北京：中国社会科学出版社，2016:87.

得尤为必要。而从目前学者对老年基本医疗服务可及性的研究中，都指出了老年医疗服务的可及性状况需要改进，并且清楚的强调了医疗服务这种基本公共资源无法满足老年人的医疗需求。^{①②}但是目前对于湖北省老年基本医疗服务可及性的城乡差异究竟如何，什么因素会对老年基本医疗服务可及性产生的城乡差异造成影响，应采取何种措施才能合理的构建老年基本医疗服务体系从而更好的维持城乡老年人的健康，在研究中并没有过多的论述，本文的研究将基于湖北省的数据，试图通过理论分析与实证检验来回答上述的几个问题。

1.2 研究意义

1.2.1 学术意义

1.2.1.1 丰富基本医疗服务可及性的具体内容。以往对老年基本医疗服务可及性相关的研究大多数还是局限于医疗费用的利用上，对于基本医疗服务的理解或者是操作化不能仅仅局限在诊疗方面，更要考虑到基本医疗服务获取的时间可及性以及预防性基本医疗服务可及性，因为这两项内容同样关乎服务质量。

1.2.1.2 变量操作需要进一步细化。本文研究的因变量是基本医疗服务可及性，其操作化内容应更加丰富，在以往的研究中学者主要采用的是单一的指标，比如“生病时是否能进行及时治疗”来衡量可及性，而本研究结合已有研究就把基本医疗服务可及性划分为经济可及性、时间可及性、预防性基本医疗服务可及性三部分，基本医疗服务的经济可及性，强调的是老年人对基本医疗服务的利用程度及可负担的程度；基本医疗服务的时间可及性，强调的是老年人能否第一时间享受到服务；预防性基本医疗服务可及性，强调的是对老年健康的提前干预与保障，本文在自变量的选取上注重采用理论模型对变量进行细分，以往文献研究主要集中于人口学特征、医保覆盖面对于基本医疗服务可及性的影响，本文主要使用安德森医疗服务行为模型中的指标进行的相应改进，对自变量细化以进行研究和分析，有一定的创新性。

1.2.1.3 有利于推动湖北省财政支出的供给侧改革，通过对湖北省老年基本医疗

①胡琳琳，胡鞍钢.中国如何构建老年健康保障体系[J].南京大学学报（哲学·人文科学·社会科学）.2008（6）：24.

②申曙光，马颖颖.我国老年医疗保障的制度创新:保险抑或福利?[J].社会科学战线.2014（3）：180.

服务可及性城乡差异的现状描述、带来的不利影响以及背后影响因素的探讨，发现目前在医疗卫生资源配置中出现的问题，更有利于湖北省统筹城乡老年基本医疗服务资源，促进城乡老年享受到公平、可及的卫生服务，促进财政体制的供给侧改革，实现基层医疗卫生资源的“增量累积”到“存量优化”的转变。

1.2.2 现实意义

1.2.2.1 有利于推动湖北省更好的落实“健康中国”战略，更好的建设“健康湖北”。其实，关注湖北省老年基本医疗服务可及性的城乡差异问题，构建并完善老年医疗服务体系，这是我国提出的“健康中国”战略的必然要求。从现实中来看，老年健康与基本医疗服务的可及性问题已然引起政府和社会的重视。2016年3月发布的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》明确指出提升基层公共卫生服务能力，全面建立分级诊疗制度，以提高基层医疗服务能力为重点。这些内容就为未来5年老年基本医疗服务可及性的改善指明了方向，2016年8月由中共中央政治局审议通过的“健康中国2030”规划纲要中明确指出要突出解决好老年人等重点人群的健康问题。这说明从医疗服务角度来改善老年健康的做法已然上升到了一个新的高度。基于湖北省的实证数据，研究老年基本医疗服务可及性城乡差异的现状及其影响因素，可以更好的从微观层面对目前老年医疗服务体系中存在的相关问题进行研究。医疗卫生服务功能的一个十分重要作用就是以提高居民的生活质量为主，而不仅仅是拯救他们的生命。老年基本医疗服务可及性直接关系到其健康状况，让湖北省的城乡老年居民都能享受到公平可及的医疗服务，不仅对于维护城乡老年群体的健康权和生活质量具有重要意义，而且还将为社会公平做出贡献。

1.2.2.2 能够为湖北省完善老年基本医疗服务体系提供现实的数据支撑。我国实施“健康中国”战略就是要以提升我国居民的健康质量和基本医疗服务可及性作为核心追求目标，老年基本医疗服务的可及性直接影响着其健康状况及其健康质量，基于湖北省的实证调研数据，了解老年基本医疗服务可及性城乡差异的现状，更加明确有哪些地方仍然亟待改进。在探讨老年基本医疗服务可及性产生城乡差异的影响因素之后，可以对湖北省老年目前存在的医疗服务可及性问题提出应对措施，对

因病致贫、因病返贫的老年健康状况的改善也将会有一定的帮助，也能够为提升湖北省老年主观幸福感和生活质量有重要意义。

1.2.2.3 提高湖北省政府对老年群体的医疗卫生服务资源配置效率。从现实来看，湖北省对老年基本医疗服务的资源配置主要还是集中在疾病诊疗方面，但是如果为了更好地促进老年人的健康水平，维持其健康功能，应该把基本医疗服务的预防性功能也纳入到政府资源配置的范围之内，进一步提升资源的配置效率。同时，湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的缩小，意味着政府等公共权力部门通过对公共卫生资源的合理配置，为老年人提供了均等化的基本公共卫生服务，有效的弥补了市场失灵，提高了卫生资源使用效率。政府资源配置效率的提升不仅能够使得湖北省城乡老年群体享受到医疗卫生改革所带来的成果，而且可以增强老年群体对政府履行卫生服务资源配置责任方面的认同度。

1.3 文献综述

1.3.1 基本医疗服务可及性内涵及影响因素研究

1.3.1.1 基本医疗服务的内涵研究

这方面的内涵研究主要分为三部分：（1）将基本医疗服务与个人收入水平相联系，强调其诊疗功能。如 1993 年的世界发展报告首次提出了基本公共卫生服务的概念：一是基本医疗服务应该是一个地区优先确定的主要卫生问题；二是理性选择成本低、效果好的卫生服务；三是服务的覆盖面要广；四是依据社会发展及个人收入，政府和个人可以负担这种服务。^①（2）将基本医疗服务的概念界定与医疗服务的载体相联系。有学者指出，通过医疗服务的场所来界定基本医疗服务，可以避免技术性界定的缺点。^②（3）认为基本医疗服务应该采用综合指标来考虑它们的概念界定。如国务院政策研究室、卫生部将基本基本医疗服务解读为依据社会经济发展水平和大多数人的卫生服务需求,保证向全体居民提供负担得起的、效果好的医疗服务。同

^①Academy Health.glossary of terms commonly used in health care [R]. Washington DC: Academy Health,2004: 1-44.
^②梁鸿,朱莹,赵德余.我国现行基本医疗服务界定的弊端及其重新界定的方法与政策[J].中国卫生经济.2005(12): 10.

时提出,它的界定是可以从基本设施、基本诊疗、基本用药、基本费用四个方面进行考虑。^①

1.3.1.2 基本医疗服务可及性内涵研究

对于基本医疗服务可及性内涵的研究,诸多学者从不同的角度对这一概念的基本内涵做出了多种界定,总结之后可以发现主要有四个方面:(1)认为基本医疗服务可及性主要是地理上的可及性,即应该以居民距离医疗机构的远近来作为医疗服务是否可及的主要依据。如《2000年世界卫生报告》中把医疗卫生服务可及性解释为居民到医疗机构的方便程度,一般是采用居民距离基层医疗卫生机构的距离来测量。^②(2)认为基本医疗服务可及性的内涵应该从个人的可接受性和个人能力、权利的视角进行界定,这样可以更好的提升医疗服务的效率。如就有学者认为可及性就是个人可以支配获得的基本医疗卫生服务,并按照自己的喜好去选择服务。^③还有学者指出赋予个人权利是一种策略,这种“赋权”的思想已被采用来改善基本卫生服务的可及性。^④(3)认为基本医疗服务可及性的内涵应该从公平性和可持续性来定义,这样才可以体现出医疗服务作为公共产品的人本特征。如有学者在总结可及性研究的基础上,首次将公平的概念融入可及性研究中。^⑤也有学者提出医疗服务可及性是指能持续有组织地为居民提供容易获得的医疗卫生服务。^⑥这类观点已经考虑到了医疗服务作为公共产品的公益性特征,也将公平、可持续等价值观融入到了对于医疗服务的内涵界定中。(4)认为基本医疗服务可及性进行单维衡量会局限这一概念的内容,应该采取多维指标进行衡量,以丰富其内涵,有学者依据卫生服务利用行为模型,结合自身实践经验,认为应该将医疗服可及性分为六类,分别是潜在的、实现的、平等的与不平等的可及性、有效的和有效率的可及性。^⑦还有学者认为

①周寿祺.实现基本医疗卫生服务均等化的条件、问题和建议[J].中国卫生政策研究.2010(7):52-53.

②World Health Organization.The world health report 2000-Health systems: improving performance[R].Bulletin of the World Health Organisation, 2000,78(8):1064.

③McIntyre D,Thiede M.Birch S Access as a policy-relevant concept in a low and middle income countries[J].Health Economics Policy and Law, 2009(4): 179-193.

④Goddard M.Access to health care services:An English policy perspective[J].Health Economics policy and Law.2009(4): 195-208.

⑤Gulliford M.Modernizing concepts of access and equity [J].Health Economics, Policy and Law,2009(4):223-230.

⑥朱莉华等.居民健康与卫生保健及医疗服务的可及性关系 [J]. 经济研究导刊, 2009(13):205-207.

⑦Anderson R.M.A Behavioral model of families' use of health services[J]. Journal of Human Resources, 1972, 7(1): 125-127.

医疗服务的可及性应该通过可得性、可适合性、可接近性、可承受性和可接近性五个方面来解释。^{①②}本文较为认同这种多维指标划分的观点，因为这种划分可以更好的将医疗服务作为一种公共产品的全面性展现出来，因此，本文在对于医疗服务可及性内涵的界定中就是采用多维指标，在指标中考虑到了对基本医疗服务的界定应该将个人偏好与公平性两方面相结合。将老年基本医疗服务可及性内涵划分为三部分，即经济可及性、时间可及性、预防可及性。

1.3.1.3 基本医疗服务可及性影响因素研究

这方面研究主要是分为宏观和微观两个层面来进行探讨：（1）从宏观方面的影响来看，虽然影响因素较多，但主要还是以经济、文化、社会三方面因素的影响最多，如有学者通过研究指出群体基因、民族、卫生服务质量等都是影响医疗卫生可及性的重要因素。^③有学者认为各国流动人口的医疗卫生服务可及性相对较差，主要原因有语言、文化差异、生活方式等等的影 响。^④有学者首次提出并阐述了公共卫生对卫生服务可及性的影响。^⑤（2）从微观层面的影响因素来讲，主要是以个人的收入水平、医疗服务利用、主观能动性三方面的影响因素为主，如有学者认为，对医疗服务质量起决定性因素的是个人亦或是家庭的收入水平。^⑥有研究表明，互助医疗有效地改善了门诊就诊情况，也对住院服务利用产生了正向影响。^⑦这种从宏观和微观两个层面对于基本医疗服务可及性的探讨，对探索老年该方面影响因素产生重要的借鉴作用。本研究将主要从微观层面对湖北省老年基本医疗服务可及性的城乡差异状况、带来的不利影响及其影响因素进行分析，通过相关描述性统计与回归分析在微观方面得出老年基本医疗服务可及性相关的基本结论。

① Roy Penchansky.J William Thomas.The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction[J].Medical Care, 1981,19(2): 127-140.

② Aday LA, Anderson RM.A framework for the study of access to medical care[J].Health Services Research,1974(9): 208.

③ Andersen R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?[J].Journal of health and social behavior, 1995(36) :1-10.

④ McNulty J, Aragon A, Yves B.Improving the Health of Guatemala's Most Vulnerable Population: Migrant and Resident Women and Children in the boca Costa Region of Southwestern Guatemala[J].Millwood Virginia Project Hope Jan,2006,51(5-6):355-359.

⑤ Derose KP, Gresenz CR, Ringel J S. Understanding Disparities in Health Care Access and Reducing Them Through a Focus on Public Health[J].Health Affairs, 2011, 30(10):1844-1851.

⑥ David P, Arm G, Gerry B.Poverty and access to health care in developing countries[J].Annals of the New York Academy of Sciences,2008, 11(36):161-171.

⑦ 高建民, 陈刚.互助医疗改善卫生服务公平性的效果评价[J]. 中国卫生经济, 2007(10): 39-42.

1.3.2 老年基本医疗服务可及性现状及影响因素

从已有研究来看,学者们对于老年基本医疗服务可及性的现状都侧重于描述性分析,主要体现以下方面:(1)有的研究认为老年基本医疗服务需求度高,但是缺乏相应的基本医疗卫生机构。一项调查显示,在有老人的农村家庭中,迫切需要看病和健康方面的知识和服务的占据 43.6%。但现实问题是农村基层卫生机构没有开拓服务市场。^①(2)基本医疗服务价格偏高,导致老年医疗服务的可及性差。有研究调查显示“生病没钱治病”成为农村老年人最担心的问题。^②目前基本医疗服务的直接支付方式对于整体收入水平不高的老年群体。(3)预防性基本医疗服务对老年而言十分匮乏。根据笔者 2016 年在湖北省武汉市调查城乡老年人健康养老服务过程中的数据显示,老年人的健康预防保障很难实现。

对于老年基本医疗服务可及性影响因素的研究主要分为四方面:(1)认为年龄等人口学变量是重要的影响因素,有研究表明文化程度低的老年人服务利用低,^③也有研究指出更年轻的人能支持较老的老年人享受到更好的基本医疗服务。^④也有研究表明韩裔美国人未能很好的利用卫生资源,应对这一状况进行改善。^⑤(2)认为卫生服务系统是重要影响因素,有学者研究表明卫生服务利用的不公平性与缺陷的卫生服务系统有关。^⑥(3)研究医疗需求对老年人的基本医疗服务可及性的影响。有学者指出由于医疗社会保障的缺失以及健康知识匮乏、重生理轻心理的认识误区等多方面原因,农村老年人健康服务需求没有得到满足。^⑦这就影响了农村老年医疗服务可及性。(4)指出收入、健康需求对老年人的基本医疗服务可及性的影响,有学者用 CSLCP 数据指出,收入、健康因素导致了日本老年人卫生服务利用不平等。^⑧

①郝模,罗力.加强农村预防保健工作的政策研究[M].北京:中国人民大学出版社,2006:59-60.

②中国老龄科学研究中心.中国城乡老年人口状况一次性抽样调查数据分析[M].北京:中国标准出版社,2003:442.

③Mitgell J,Bradley D,Wilson J,et al.The aging farm population and rural aging research[J].J Agromedicine,2008,13(2):95-109.

④Sanchez-Garcia S, de la Fuente-Hernandez J, Juarez-Cedillo T, et al. Oralhealth service utilization by elderly beneficiaries of the Mexican Institute of Social Security in Mexico city[J].BMC Health Serv Res,2007,7:211.

⑤Kloseck M, Crilly R G, Mannell R C. Involving the community elderly in the planning and provision of health services: predictors of volunteerism and leadership[J].Can J Aging,2006,25(1):77-91.

⑥Louvison M C, Lebrao M L, Duarte Y A, et al. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil[J].Rev Saude Publica,2008,42(4):733-740.

⑦周绍斌.论农村老年人的健康需求与健康服务[J].社会主义研究.2007(2):70.

⑧Watanabe R,Hashimoto H.Horizontal inequity in health care access under the universal coverage in Japan 1986-2007[J].Social Science&Medicine,2012.

1.3.3 老年基本医疗服务可及性城乡差异研究

1.3.3.1 老年基本医疗服务可及性城乡差异现状及不利影响的研究

老年基本医疗服务可及性城乡差异现状的研究主要有两方面：（1）对城乡老年人就诊行为的差异进行描述分析。如有学者利用在杭州市的调研结果分析显示，指出两周就诊概率的 Logistic 回归结果显示，在控制其他因素不变的情况下，城乡居民医保组老年人发生就诊的可能性低于城镇职工医保组老年人发生就诊的可能性。^①（2）对城乡老年人基本医疗服务经济与地理可及性差异进行分析，如有学者利用全国性的数据指出，城乡老年人在是否具有可及性原因方面存在着显著差异，农村因经济和地理不可及而得不到医治的比重高于城镇。^②

基本医疗服务可及性城乡差异带来不利影响的研究主要分为三个方面：（1）对老年人群身体健康状况的影响。有学者的研究指出，农村贫困老年人不去医院就诊的比例尤其是一年中不去健康体检的比例明显高于城市，导致农村老年人的身体健康状况更差。^③（2）对老年人精神健康状况的影响。如有学者指出目前我国农村老年人精神障碍患病率较高，但治疗率很低，主要原因在于农村老年人精神卫生预防、治疗、康复方面与城镇相比仍然有很大差距。^④（3）对老年人自评健康状况的影响。如有学者通过实证研究发现，新农合的参保老人与未参保老人在医疗服务利用和健康结果方面均未呈现显著差异，原因是其城乡保障待遇不一和相关制度设计缺陷。^⑤

1.3.3.2 老年基本医疗服务可及性城乡差异影响因素及对策建议研究

这方面的研究主要集中在三方面：（1）注重医疗需求对老年基本医疗服务可及性城乡差异的影响。有学者通过研究发现与城镇老年人相比，农村老人医疗需求受到抑制，这就直接会影响到其医疗支出。^⑥（2）研究地区对老年基本医疗服务可及性城乡差异的影响。如有学者基于江苏地区的调查，运用两部模型法分析结果显示：

①范文君.不同基本医疗保险的老年居民卫生服务利用研究[D].复旦大学.2014:3.

②李建新,夏翠翠.我国城乡老年人口医疗服务可及性差异研究——基于2011年中国老年健康影响因素跟踪调查数据[J].中国卫生政策研究.2014(9):39.

③栾文敬,付双乐,王文思等.医疗卫生服务利用对贫困老年人身体健康的影响研究[J].广东工业大学学报(社会科学版)2014(2):24.

④陈艳,鄢力祥,刘飞跃.农村老年人精神健康的公共卫生服务边界及政府的资源配置责任[J].求索.2014(9):45.

⑤刘晓婷,黄洪.医疗保障制度改革与老年群体的健康公平——基于浙江的研究[J].社会学研究.2015(4):94.

⑥封进,余央央,楼平易.医疗需求与中国医疗费用增长——基于城乡老年医疗支出差异的视角[J].中国社会科学.2015(3):99.

地区变量对城乡老年人医疗服务利用有显著影响。^①（3）研究医疗保障对老年基本医疗服务可及性城乡差异的影响。有学者指出与城市相比，农村老年人医疗支出规模随收入增加的医疗保障的获得会增大。^②

相应的对策建议研究主要集中在两方面：（1）认为应该注重老年保健知识的普及，如有学者指出除了要对老年人进行积极治疗外，更重要的是通过开展健康教育来提高城乡老年人的保健知识；^③（2）主张积极探寻单病种付费方式。有学者指出对于城乡老年人而言应该对不同病种的各种临床路径需要提供的医疗项目进行成本核算，实行单病种付费定额管理。^④

1.3.4 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异研究

1.3.4.1 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异现状研究

对此方面的研究，主要集中在两个方面：（1）注重描述对基本医疗服务可及性的需求城乡差异研究。如有学者通过数据分析指出湖北省 60 岁及以上人口，在城市属于身体健康的占 57%，而相比之下，农村老年仅为 51%，城市老年不能正常工作或生活不能自理的占 9%，相比之下农村老年这一比例占 18%。^⑤这说明对于基本医疗服务的需求强度不同。（2）着重于描述湖北省老年基本医疗服务经济可及性的城乡差异。如学者通过对比湖北省内基本医疗服务相关投入，认为包括老年基本医疗服务支出在内的湖北省医疗服务费用城乡差距依然较大，有必要改善基本医疗卫生资源的配置导向，缩小城乡差距。^⑥

1.3.4.2 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异带来的后果研究

这方面的研究相对较少，主要内容集中在两个方面：（1）认为基本医疗服务的可及性城乡差异会影响到湖北省老年人的慢性病状况，如有学者指出通过自身的实际调研发现湖北省农村空巢老人的痛风和白内障疾病的患病率高于城市地区，可能

①姚兆余, 陈雪玲, 王翌秋.农村老年人医疗服务利用及影响因素分析——基于江苏地区的调查[J]. 中国农业大学学报(社会科学版).2014 (2): 96.

②贺飞燕, 任燕燕, 阚兴旺.老年人群医疗服务和健康状况的影响因素研究[J].调研世界.2014 (12): 13.

③桂世勋.中国高龄老人长期护理问题的思考[J].中国人口科学, 2004 增刊: 111-116.

④杨雪毅.基于临床路径的病种成本核算探讨[J].现代经济信息,2014(10):311-312.

⑤况成云,邓平基,马菊华.老年晚期人口的养老预期与社会保障模式构建——以湖北省为例[J].中国卫生事业管理.2010 (7): 495.

⑥何巧娜, 胡樱, 张增长等.湖北省卫生总费用的比较分析[J].2011 年中国卫生统计学年会论文集.2011: 106.

与长年从事农业生产、体力劳动透支严重、医疗服务可及性差相关。^①（2）认为基本医疗服务可及性城乡差异会影响到湖北省老年的护理需求，有学者通过实地调研发现，湖北省农村老人身体健康状况不及城市，尤其是生活不能自理的能够高出城市一倍，而基本医疗服务可及性较差，直接导致需求很难得以满足，更增加了余命生存期的医疗护理、生活料理的强度与难度。^②

1.3.4.3 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异影响因素研究

这方面的研究也主要集中在两个方面：（1）认为对于生活照料、医疗机构的满意度会影响到老年基本医疗服务可及性城乡差异，如有学者利用湖北省四市 760 位农村老人的调查结果指出，老年人基本医疗服务可及性的影响因素相关分析中，生病时能得到很好地照顾、到医院看病方便、对医疗照顾满意度与医疗需求满足程度存在显著负相关。^③（2）认为饮食状况、患有慢性病的种类个数等会对老年人的就医行为城乡差异产生影响。^④

1.3.4.4 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异对策建议研究

湖北省老年基本医疗服务可及性的现状具有全国老年的一般特点，但是也有其区域的特殊性，对改善城乡差异的建议，研究主要集中在三方面：一是县级资金需要及时划拨，如学者指出鄂西北房县 2010 年度逾 700 万元中央财政专项补助资金，直至该年 12 月底才一次性划入基层卫生机构，因此建议县级资金划拨应该及时。^⑤显然这种预防性与诊疗性的资金投入如果不能及时划拨到账，很有可能导致湖北省城乡老年人难以及时享受到预防性与诊疗性的基本医疗服务，甚至会导致“小病拖成大病”，增加治疗的费用与难度，因此要想改变现状，必须做到资金的及时到位。二是重视健康教育的城乡统筹，如有学者通过对湖北省部分地区的调研发现，面对乡镇健康知识讲座老年听众少的困难，建议应该促使在健康教育方面做到城乡统一。^⑥三是政府应纠正正在老年医疗资源领域的配置偏差。建议湖北省应在总体上控制乡镇

①龚勋，张翔，王峥.湖北省农村地区空巢老人健康状况及影响因素调查分析[J].湖北农业科学.2015（24）：6430.

②况成云,邓平基,马菊华等.老年晚期人口的养老预期与社会保障模式构建——以湖北省为例[J].中国卫生事业管理,2010(7):495-496.

③邓文，乔梦茹.农村老年群体养老需求的影响因素分析——基于湖北省四市 760 位农村老人的调查[J].理论观察.2017（1）：96.

④游毅.我国九省老年人就医行为的变化趋势及影响因素研究[D].北京中医药大学.2015:1-50.

⑤秦玉华，邓发基，向兴华.鄂西北农村基本公共卫生服务问题的探讨[J].中国公共卫生管理.2013（1）：119.

⑥秦玉华，邓发基，向兴华.鄂西北农村基本公共卫生服务问题的探讨[J].中国公共卫生管理.2013（1）：120.

卫生院规模,实现基层医疗卫生资源的资源共享,促进老年基本医疗服务的可及性,针对不同的区域要采取精准性的措施,如应该进一步协调湖北省东、中、西卫生资源。^①

1.3.5 文献评述

综上所述,以上文献研究和探讨具有较高的学术价值。但是依然存在如下不足之处值得进一步探讨:(1)从群体上看,对于老年人的基本医疗服务可及性研究侧重于探讨全体老年人亦或是农村老年人群体的较多,但是在城乡二元结构与“健康中国”战略这一大背景下,缺乏城乡对比研究,虽然目前也有部分学者对老年基本医疗服务可及性城乡差异方面的相关论述,但是仍然缺乏对基本医疗服务可及性这一内涵更深层次的探讨。(2)从对湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异目前已有研究来看,有四方面的不足:一是在现状呈现方面的不足,只是局限在经济可及性方面的探讨,缺乏对时间可及性、预防可及性方面的呈现;二是在对健康影响方面的不足,目前研究只是局限在对躯体健康影响的探讨,缺乏对心理健康、自评健康影响的分析;三是在影响因素的研究中,仅仅局限在饮食、生活照料这种单一因素的探讨,而忽视了用一个成熟的理论框架进行分析;四是在对政策建议的改善上,目前研究只是指出了应该调整政府配置资源的结构,但是却缺乏具体的操作化措施以及对各级政府的责任分摊方面的研究;基于此以上四方面的研究不足,有必要对湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的现状、引致的后果、影响因素、政策建议四方面进行系统的梳理与研究,试图以此完善湖北省老年基本医疗服务体系,促进城乡老年基本医疗服务可及性差异的缩小。湖北省作为中部地区的重要省份,其老年基本医疗服务可及性的城乡差异如何关系到整体经济发展的质量与水平,更影响着老年人对政府履责能力的认同度;(3)从研究方法来看,对于老年基本医疗服务的相关研究中,大部分文献是以理论分析为主,这样的研究固然给我们今后的学术研究指明了一定的方向,但是却缺少量化研究并对各个维度进行更加细化的操作指标,而即使在对于这一问题进行探讨的少量的实证研究中,则是以对湖北省老年人享受医疗服务现状着手进行描述性分析、后果及影响因素的探讨,缺少对老年基

^①杨坚,张亮.湖北省乡镇卫生院效率分析[J].中国健康资源.2016(1):60.

本医疗服务可及性城乡差异专门的理论分析和对其现状及影响因素的相关实证研究。

(4) 从定量分析的指标选取来看, 对于因变量的选取呈现出单一化的倾向, 比如采用“生病过后能否到医院进行治疗”、“距离医疗服务的机构有多远”、“从您家到医疗服务机构的时间有多长”等等类似单一指标, 这就在一定程度上缩小了基本医疗服务可及性的概念及内涵。从自变量的选取来看, 基本都是从人口学特征、社会因素进行探讨对老年医疗服务可及性的影响, 缺少用一个理论框架来将自变量的内容统一起来进行影响因素的探讨。以上这几点的研究缺憾, 都是本文的研究中力图去详细进行说明的问题。

1.4 概念界定

1.4.1 老年人

本文研究的老年人是指年龄大于等于 60 周岁的居民。

1.4.2 基本医疗服务

1993 年世界发展报告首次提出基本公共卫生服务的概念: 一是一个地区的主要卫生问题应是优先确定的基本医疗服务; 二是应选择成本低、效果好的服务; 三是服务的受众面要广; 四是依据社会发展水平和个人收入, 政府和个人都能够支付的服务^①, 根据这一具体内容, 结合部分学者的观点, 本文的研究就较为认同采取综合指标来界定基本医疗服务的内容, 即在概念界定中考虑到基本医疗服务的预防性、诊疗性两种功能, 本研究所指的基本医疗服务是指全体居民法律意义上应该享有的能够维持自身基本健康需求的医疗服务。具体来说, 基本医疗服务的内容可以包括预防性医疗服务和治疗性医疗服务, 在预防性医疗服务中具体包括体检、健康教育等具体内容, 而在治疗性医疗服务中则具体包含慢性病(慢性病主要指高血压、糖尿病、青光眼等)的治疗、普通病(感冒、发烧、营养缺乏等)的门诊、住院治疗等。

^①Academy Health.glossary of terms commonly used in health care [R]. Washington DC: Academy Health,2004: 1-44.

1.4.3 基本医疗服务可及性

有学者认为基本医疗服务的可及性应该通过可得性、可适合性、可接近性、可承受性等方面来解释，^{①②}也有学者指出基本医疗服务可及性应该采用经济可及性、地理可及性、技术可及性三个方面来衡量，^③根据以上研究对于基本医疗服务的界定，结合基本医疗服务的内涵界定和问卷中的具体内容，本研究把基本医疗服务可及性界定为居民整体经济能力可以承受且可以享受到的获得医疗卫生资源的便捷程度，包括基本医疗服务的经济可及性、基本医疗服务的时间可及性、预防性基本医疗服务可及性，具体在进行定量分析时，将基本医疗服务的经济可及性操作化为老年人群住院费用和门诊费用的总和以及住院次数，基本医疗服务的时间可及性用生病时能否到及时到医院就诊来进行衡量，预防性基本医疗服务可及性操作化为过去一年是否接受到过体检服务。

1.5 理论基础

1.5.1 安德森卫生服务利用行为理论

该理论模型由加州大学安德森教授于 1968 年提出。他从环境因素维度、人群特征维度、健康行为维度和健康结果维度对基本医疗卫生服务利用行为的影响因素研究，每个维度又包含若干可操控指标。^④安德森试图通过这一模型的阐述，从系统学角度来分析卫生服务可及性背后的影响因素，以进一步帮助政府决策者来提高基本医疗服务的可及性。这种行为模型及理论是目前研究基本医疗服务可及性现状及其影响因素影响最大、最广泛的理论，这一理论模型对于研究湖北省老年基本医疗服务可及性的城乡差异及其背后的作用机制具有十分重要的借鉴意义，理论模型见图 1-1。

①Roy Penchansky.J William Thomas.The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction[J].Medical Care, 1981,19(2): 127-140.

②Aday LA, Anderson RM.A framework for the study of access to medical care[J].Health Services Research,1974(9): 208.

③王梅,高倩倩,马安宁.潍坊市基本医疗服务可及性建设研究[J].中国初级卫生保健,2011(1): 14.

④Kohner EM, Aldington SJ, Stratton IM, et al. United Kingdom Prospective Diabetes Study, 30: diabetic retinopathy at diagnosis of non- insulin-dependent diabetes mellitus and associated risk factors. Arch Ophthalmol, 1998,116(3): 297-303.

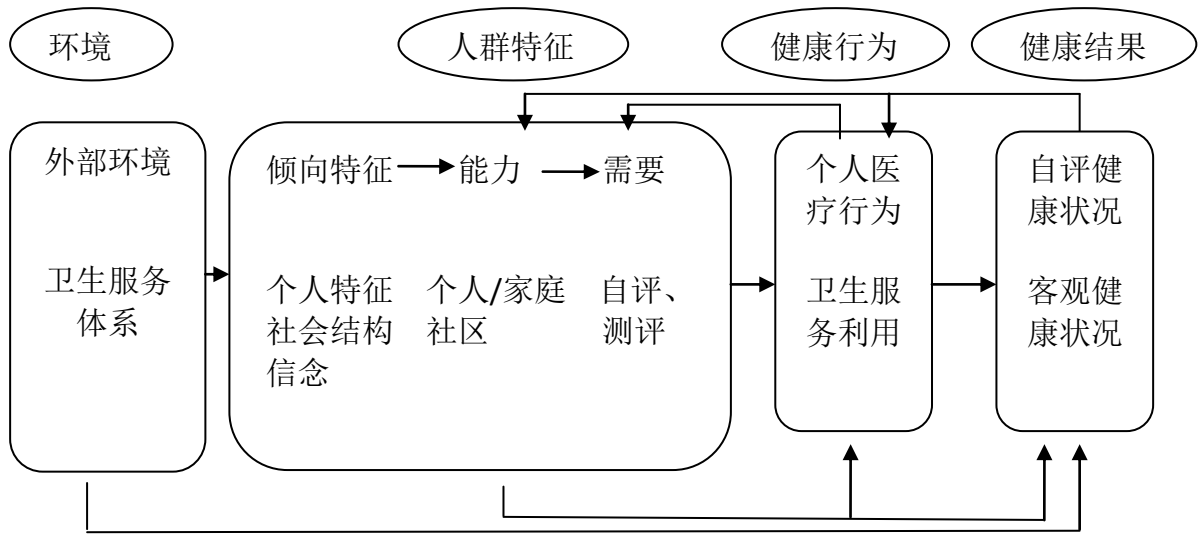


图 1-1 安德森卫生服务利用模型

资料来源：Kohner EM, Aldington SJ, Stratton IM, et al. United Kingdom Prospective Diabetes Study, 30: diabetic retinopathy at diagnosis of non- insulin-dependent diabetes mellitus and associated risk factors. Arch Ophthalmol, 1998,116(3): 297-303.

在图 1-1 中可以了解到安德森卫生服务利用模型包括环境、人群特征、健康行为、健康结果四部分内容，从本研究的角度出发，研究老年基本医疗服务的可及性，显然对于环境因素是变化最大，也是很难进行操作化的，所以我们的研究重点在后三部分内容，从人群特征看，里面具体包括倾向特征、能力及需要，如果将这三部分内容与健康行为、健康结果相结合来看，其实不难分为对基本医疗服务可及性影响因素最为重要的三大部分内容，第一部分为有关人口学特征，在这一内容中，包括个人特征，比如性别、年龄，也包括社会结构及信念，比如对自身经济状况的评价；第二部分为需求性因素，这其中最为重要的方面便是自评健康或者是对健康状况的测评情况；第三部分则为促进医疗服务可及性是否能够顺利享受到的直接性或者间接性的诱发因素，比如从个人方面讲，牵涉到保健品的使用、个人养老储蓄等，从家庭方面讲，牵涉到家庭收入、子女的代际经济支持等，从社会层面讲，涉及到门诊优待服务、高龄津贴等。基于以上具体操作化指标的盘点，便构成了影响湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的主要影响因素。

从以上三个部分探讨何种因素对湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异产生影响，根据回归分析的结果，明确今后湖北省政府在配置老年基本医疗服务资源时

应在哪些方面可以着力进行改进，为缩小老年基本医疗服务可及性城乡差异提供数据支撑和现实依据。

1.5.2 健康权理论

湖北省老年基本医疗服务的可及性对于其健康状况有着十分重要的作用，也是维护其健康权的重要保障，对于健康权的基本内涵，在《世界卫生组织法》就指出享受最高的能获得健康的标准是人的基本权利之一。我国《刑法》规定，非法侵犯公民的健康权，必须承担相应的民事、刑事法律责任。健康权是指政府须创造条件使人人能尽可能健康。这些条件包括获得卫生服务、适足的住房等。《经济、社会、文化权利国际公约》第十二条规定，为实现健康权需采取的两个主要途径就是：（1）预防、治疗和控制疾病；（2）保证人人能得到医疗照顾。健康权的核心内容即满足权利的最低基本水平，包括基本初级卫生保健、最基本和有营养的食物、卫生条件、安全的饮用水以及基本药物。^①健康权是维护人主体性参与的基本条件，是维系人之功能完整发挥的物质与精神载体。^②在民法学中，有学者将健康权界定为独立的人格权，包括健康维护权、健康利益支配权等。^③也有学者认为，构成健康权的要素可分成两类：一类与“保健”要素有关；另一类包括安全的饮用水、适当的卫生设备等有关的要素。^④还有学者也认为，所谓健康权是指人人享有可能达到的最高标准的身体与精神健康的一种权利。根据该定义，公民有获得或要求国家为保持公民生理和心理健康而提供社会保障的权利。^⑤

了解湖北省老年人基本医疗服务可及性的城乡差异现状并对其背后的影响因素进行探讨，可以更好的了解到目前老年卫生服务利用存在的问题，对于构建并完善老年医疗卫生服务体系、保障老年人健康权有重要意义，老年健康权也关系着老年人自身的生活满意度。

①高建民等著.“病有所医”：目标、路径与战略选择[M].北京：经济科学出版社，2014：50-51.

②尹口.健康权及行政法保护[M].北京：中国社会科学出版社.2015：23.

③王利明，杨立新，姚辉编著.人格权法[M].法律出版社，1997：61.

④杨成铭主编.人权法学[M]，中国方正出版社，2004：128.

⑤徐显明主编.人权研究.第5卷[M]，济南：山东人民出版社，2005：235.

2 研究设计

2.1 分析框架与研究思路

2.1.1 分析框架

本研究的分析框架如图 2-1 所示,将老年人群根据户籍的不同划分为城镇老年人与农村老年人,在对老年基本医疗服务可及性城乡差异描述时,将从经济可及性、时间可及性、预防可及性三个方面展开论述,进而从潜在性因素、需求性因素、诱导性因素(个人层面、家庭层面、社会层面)三个部分对湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的影响,需要说明的是,诱导性因素中所包含信息量较大,需要进一步操作化,本研究将个人层面操作化为保健品的使用与否、个人是否有养老储蓄,家庭层面操作化为家庭收入状况、子女的代际经济支持状况,社会层面具体操作化为是否享受有门诊服务优待、是否有高龄津贴。

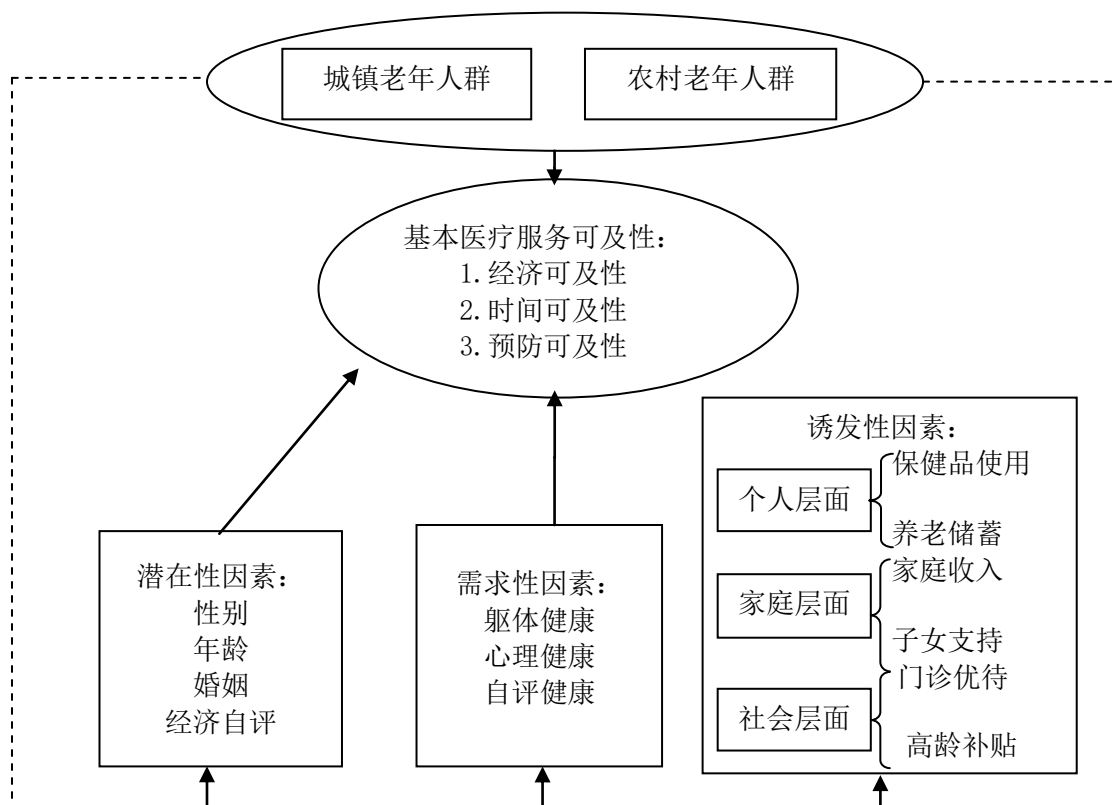


图 2-1 本研究的分析框架

2.1.2 研究思路

本研究的基本思路是基于湖北省老年基本医疗服务需求十分迫切，且这种需求的城乡差异较为严重的背景下，以安德森卫生服务利用行为模型理论和健康权为指导，从基本医疗服务的经济可及性、时间可及性、预防可及性三个方面的现状进行描述性的分析，并对湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异带来的不利影响进行描述，进而探讨这一城乡差异背后的影响因素，引入潜在性因素、需求性因素、诱导性因素进行逐层回归分析，观察城乡这一户籍变量在不同的因素引入之后，会在显著性及相关系数（或发生比）方面发生怎么样的变化，通过这些变化，来了解到底是何种因素或者是具体的哪一种指标会对老年基本医疗服务的可及性产生影响，并得出具体结论，进而提出构建湖北省老年基本医疗服务体系的完善建议，促进湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的缩小。

2.2 数据来源及变量说明

2.2.1 数据来源

本文的数据来源是 2015 年第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查个人问卷（湖北地区的短表数据），此次抽样分四个阶段：第一个阶段抽取县（区），第二阶段抽取乡镇（街道），第三阶段抽取（居）委会，第四阶段抽取老年人。这次调查共涉及 11 个市州，分别为武汉（样本量为 1920）、黄石（样本量为 480）、十堰（样本量为 480）、宜昌（样本量为 1920）、鄂州（样本量为 480）、荆门（样本量为 480）、孝感（样本量为 1440）、荆州（样本量为 960）、黄冈（样本量为 480）、恩施土家族苗族自治州（样本量为 480）、省直辖县级行政区划市（样本量为 480）；调查对象为在 2015 年 8 月年龄在 60 岁及其以上的人口，调查内容主要包括基本人口、健康医疗、照料护理服务、经济、宜居环境、社会参与、维权、精神文化。此次调查的样本量为 9600 人，经过变量的筛选与数据剔除之后，剩余的样本数量为 8990 人。之所以选取这个调查数据作为本研究的数据支撑，是因为该数据是比较全面的反映湖北地区老年人口生活状态的一套权威数据，涵盖内容之广、覆盖人群之多，能够

在对湖北省基本医疗服务可及性城乡差异的呈现上更有说服力。

2.2.2 变量操作

2.2.2.1 因变量的操作化

根据以上的研究模型，对因变量进行具体的操作化，因变量为基本医疗服务的可及性，对于其操作化的标准，有学者指出应该使用距离医疗机构的空间长度和时间维度以及医疗保障覆盖程度来衡量医疗服务的可及性，^①有学者认为首先用过去一年是否参加过健康体检来衡量预防性医疗服务可及性；其次，采在生病后的就医选择（选择医疗机构就医还是买药进行自我医疗）来衡量常规性医疗服务可及性，^②也有一些学者强调应该通过预防性医疗使用频率、就诊可能性、住院可及性、医疗费用等指标进行衡量基本医疗服务可及性。^{③④⑤}结合文献梳理与问卷中数据的可获得性，本研究把这一概念操作化为基本医疗服务的经济可及性、基本医疗服务的时间可及性、预防性基本医疗服务可及性。“基本诊疗性医疗服务的经济可及性”分为两个内容进行操作化，一方面为医疗费用，具体操作化为门诊花费与住院花费之和，即在住院与门诊花费过程中使用的现金数量；另一方面为住院次数；“基本医疗服务的时间可及性”用生病能否获得及时治疗来衡量，“预防性基本医疗服务可及性”用是否能够获得体检服务来测量。

2.2.2.2 自变量的操作化

本研究的自变量主要是关注与医疗服务可及性紧密相关的资源变量。由于在安德森医疗服务利用模型中四个维度中所包含的指标较多，对于所有维度都进行操作化很难做到，基于此，本文的研究主要集中在人群特征维度中的的部分，之所以对这一部分进行集中探讨，是因为对于老年的可及性状况而言，是否能够方便的获取

①吴长玲，方鹏骞.中国西部地区农村居民卫生服务不平等与潜在的可及性状况分析与对策探讨[J].中国卫生事业管理.2007（8）：560-562.

②周钦，秦雪征，袁燕.农民工的实际医疗服务可及性——基于北京市农民工的专项调研[J].保险研究.2013（9）：113.

③ Weissman J.S.,R.Stern,S.L.Fielding .Epstein AM.Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences[J]. Annals of Internal Medicine. 1991, 114(4):325-331.

④ KwackH,M.D.Sklar,B.Skipper,A.Kaufman,E.Fingado,M.Hauswald.Effect of managed care on emergency department use in an uninsured population[J].Annals of Emergency Medicine.2004, 43(2):166-173.

⑤ Wagstaff A.,W. Yip ,M. Lindelow,W.C. Hsiao.China's health system and its reform: a review of recent studies[J].Health Economics.2009, 18（2）:S7-S23.

资源是十分重要的。同时，城乡这一变量是本文重点关注的变量，在问卷中对于这一变量的测量有三个答案，分别是“农业户口”、“非农业户口”、“居民统一户口”，为了便于对城乡之间的差异进行探讨，本研究把后两个答案进行合并，命名为“城镇户口”。在探讨促进医疗资源获得的影响因素的探讨时，有学者根据安德森的卫生服务利用模型进行操作化，根据促进资源获得途径的不同，将影响因素具体划分为个体、家庭、社区（村）三个层面的因素，反映有利于卫生服务利用的资源，其中，个人资源主要包括收入、健康等。家庭资源包括家庭结构、成员互相支持的程度等。社区资源包括供方因素，如社区医生等。^①而也有学者的研究结合安德森的卫生服务利用行为模型指出这一模型的影响因素可以分为三大类，即潜在性因素、需求性因素、诱发性因素，其中潜在性因素一般所指的就是社会人口学特征，需求性因素是促使患者寻求医疗服务的健康或者是疾病状况，而诱发性因素则是影响个人获得基本医疗服务的直接性的影响因素。^②本研究在设置自变量时就是主要参考的就是上述两种对于促进资源获得的划分方法，在进行回归分析时将从潜在性因素、需求性因素、诱发性因素三个方面来探讨对湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异产生怎样的影响。

根据安德森的卫生服务利用行为模型中对于促进卫生资源利用的资源划分，本研究将影响因素划分为三大类：潜在性因素、需求性因素、诱发性因素（表 2-2 是安德森卫生服务利用模型中的指标设定）。其中潜在性因素主要是指人口学变量，即个人已经具备的特质与现状，这其中包括年龄、性别等。需求性因素主要是老年对于基本医疗服务可及性的需求内容及程度，在这种因素中涉及到自评健康与临床评估状况。诱发性因素是指对老年基本医疗服务的获取有直接诱导性作用的内容与因素。这方面主要涉及到个人所拥有的资源状况，可以从个人层面、家庭层面、社会层面来解读。结合安德森的卫生服务利用行为的划分，鉴于问卷内容和数据可得性，对安德森卫生服务利用模型中的具体指标进行改进，并对选取的自变量内容进行说明，以便进行更深入的探讨。表 2-2 是安德森卫生服务利用模型中原有的指标设定内容。

^①陈英耀,王立基,王华.卫生服务可及性评价[J].中国卫生资源,2000,11(6): 279-282.

^②宋璐,左冬梅.农村老年人医疗支出及影响因素的性别差异:以巢湖地区为例[J].中国农村经济.2010(5): 75.

表 2-2 安德森卫生服务利用模型中的指标设定

影响因素	变量
潜在性因素	年龄、性别、婚姻状况、职业类别、社会经济地位及宗教信仰等
需求性因素	自觉健康与疾病状况；疾病的临床评估等。
诱发性因素	居民个人与家庭资源：如家庭收入、存款、健康保险；社会资源：如就医时间与候诊时间等。

资料来源：笔者对安德森卫生服务利用模型中各因素的资料总结，并结合学者胡思洋发表的论文《农村老年人就医行为的影响因素研究——来自谷城、南阳两地数据的实证》，《人口与发展》，2016（5）：71-72。

2.2.2.3 本研究对安德森卫生服务利用模型的改进之处

在安德森卫生服务利用模型中，探讨居民基本医疗服务可及性的影响因素时，所包含的内容较多，从本研究已掌握的问卷和数据来看，很难对其内容进行逐个的细分与操作化，基于此，本研究结合老年人的特点以及问卷内容的可获得性，从潜在性因素、需求性因素、诱发性因素三个方面来对安德森卫生服务利用模型进行了改造，将原模型中的三大类因素具体指标进行了一定的修改，每一部分的具体内容如下：

潜在性因素首先选取的指标是性别，性别是个人所具备的潜在特征之一，不同的性别所获取的老年医疗服务资源会有所差异，这种差异是否会影响到老年基本医疗服务可及性的城乡差异，有待进一步探讨。其次，选取的指标是年龄，从生命历程的视角来看，随着老年人年龄的增长，其生理机能会逐渐退化，健康状况也会随之产生相应的变量，因此，年龄变量这一潜在性因素也是应该作为老年基本医疗服务可及性的重要因素来探讨。接着选取的是婚姻变量，问题中涉及四个选项，即有配偶、丧偶、离婚、从未结婚，本研究按照有无配偶进行划分，将后三项统一划归为无配偶选项；最后，选取的指标是自评经济状况，相比年龄、性别等较为客观的潜在性因素，自评经济状况是一种相对主观的评价，对于这一变量的操作化问题是

“与他人相比，您的经济状况如何？”自身的经济状况不仅仅要看资金的数量是否够用，还牵涉到与别人的对比情况，如果与他人的经济情况对比比较困难的老年人群将不会倾向于出更多的钱去治疗疾病，更不会享受预防性的基本医疗服务，所以，这是潜在性因素中较为关键性的变量。

需求性因素选取的指标是有关老年人健康方面的问题来进行的操作化，与以往安德森模型研究中将老年人的健康需求操作化为单一的躯体健康亦或是日常生活能力等单一的测量指标相比，本研究将从躯体健康、心理健康、自评健康三个方面进行描述和测量，在具体的指标操作化方面，躯体健康采用的是客观标准，在问卷中，对于躯体健康操作化的问题是“您的日常生活需要别人照护护理吗？”，心理健康属于主观方面的健康内容，采用的操作化标准是老年孤独感，对应的问题是“您是否总是感受到孤独？”而作为主观与客观相结合的自评健康，采用的操作化问题是“您对自身的健康状况的评价如何？”根据已有文献对于自评健康问题的相关处理，在五个问题选项中，将“非常好”、“很好”两个选项合并成一个选项，即“良好”，将“一般”选项保留，将“非常差”、“很差”两个选项合并成一个选项，即“差”，之所以对老年基本医疗服务获取的需求性因素进行全方位的刻画，一是想利用多层次的内容来了解老年医疗服务需求的多方面的城乡差异，另一方面也是因为对于老年基本医疗服务可及性的影响方面，健康需求不仅是直接性的，更是具有重要性的影响。

诱发性因素的选取是较为复杂的，在以往的研究中，对于诱发性因素的选择偏向于居住安排以及家庭结构的相关内容，上述方面确实是会在老年人医疗服务的获取方面可能会产生影响，但是如果从诱发性因素的内涵来看，它至少应该包括三方面的内容，即个人、家庭、社会方面的内容。具体原因是：首先老年基本医疗服务可及性产生城乡差异的影响因素中，个人层面的因素是不可忽略的，也是直接影响医疗服务可及性的关键一部分，如果个人措施中做得较好，可以在很大程度上避免城乡老年享受医疗服务的差异，基于此，在个人因素方面的内容选取上，本研究选取了是否能够使用保健品与是否有个人养老储蓄这两个问题来进行具体的操作化；

其次是家庭因素，家庭因素对老年基本医疗服务可及性的影响是具有基础性的，这种因素的诱发性是具有直接性的，很显然，经济基础或者是资金数量的多少会直接影响到老年基本医疗服务的经济可及性、也可能会间接影响到老年基本医疗服务的时间可及性和预防可及性，因为经济基础会影响到老年人在就医时相关交通工具及服务的使用，在家庭因素中，本研究同样采用的是两个指标，一个是从微观层面上的指标，即子女的代际经济支持，用子女给老人的钱数作为操作化内容，另一个是中观层面的指标，即家庭收入，即一年中家庭的实际收入是多少；最后一个方面是社会层面，主要采取两个指标进行测量，一是普通门诊优待服务能否获得，这对于能否获取基本医疗服务具有诱发性的影响，二是是否享有高龄补贴，如果社会方面能够让老年人享受到更多的健康养老服务补贴，对于老年获得基本医疗服务有积极影响。

根据以上对于三种因素选取指标的详细描述，指出了选取指标的相应依据以及可能会与基本医疗服务可及性产生的关联亦或是影响，在回归分析中，将对基本医疗服务可及性三方面内容分别进行回归分析，在每一种回归分析的过程中，本研究将进行逐层回归，即首先将潜在性因素与城乡这一我们关注的核心自变量一起，来探索对老年基本医疗服务可及性的影响，然后，在控制了潜在性因素的前提下，引入需求性因素，来看需求性因素对老年基本医疗服务可及性的影响，同时会关注城乡这一变量的系数及显著性会发生何种变化，最后，在控制了潜在性因素、需求性因素的前提下，引入诱发性因素，进一步来看诱发性因素对老年基本医疗服务可及性的影响，同时也会进一步关注城乡这一变量的显著性和相关系数（发生比）会发生怎样的变化，通过分析每一种因素对可及性的影响，来进一步对具体指标的影响做相应的探讨和分析，而在这一过程中，通过对城乡这一变量的变化，也可以看出到底是什么因素或者是什么具体指标会导致湖北省老年基本医疗服务可及性的这种变化。具体测量指标及赋值见表 2-3。

华中科技大学硕士学位论文

表 2-3 老年基本医疗服务可及其影响因素的测量指标

变量类型	变量选取	具体指标	赋值	
因变量	经济可及性	住院费用+门诊费用	连续型变量	
		住院次数	连续型变量	
	时间可及性	生病能否及时治疗	否=0, 是=1	
	预防可及性	能否享受体检服务	否=0, 是=1	
潜在因素				
自变量	性别	男、女	男=0, 女=1	
	年龄分组	具体年龄	连续型变量	
	婚姻	有无配偶	无=0, 有=1	
	自评经济状况	与其他人比, 经济状况如何	困难=0, 一般及良好=1	
	需求因素			
	躯体健康	日常生活是否需要照料	否=0, 是=1	
	心理健康	内心是否孤独	经常=0, 有时及从不=1	
	自评健康	健康的自我认知	差=0, 一般=1, 好=2	
	诱发因素			
	保健品使用	是否吃保健品	否=0, 是=1	
	养老储蓄	是否有养老储蓄	否=0, 是=1	
子女经济支持	子女给老人的钱财数量	连续型变量		
家庭收入	一年家庭的实际收入	连续型变量		
普通门诊优待	是否有普通门诊优待	否=0, 是=1		
高龄补贴	是否有高龄补贴	否=0, 是=1		

2.3 模型设定

由于本文的被解释变量为老年基本医疗服务的可及性, 这包括三方面的内容, 即经济可及性、时间可及性、预防可及性, 从这三个变量的类型来看, 经济可及性中的医疗费用与住院次数变量, 变量类型为连续型的, 在进行回归分析时, 应采用 OLS 方法; 时间可及性、预防可及性均属于二分变量, 在进行回归分析时, 采用二元 Logit 回归即可, 根据被解释变量与解释变量之间所呈现的关系及回归分析的结果, 来对可及性的不同层面的影响因素进行深入分析与探讨。

3 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异现状

3.1 湖北省老年基本医疗服务可及性的城乡差异分析

3.1.1 经济可及性的城乡差异

3.1.1.1 经济可及性中医疗费用的城乡差异

在对以上文献的梳理中可以得知，基本医疗服务的经济可及性主要是指包括门诊费用及住院费用在内的医疗支出的数量，费用花费的数量决定着基本医疗服务所能享受的人群的数量，也影响着湖北省老年对于医疗服务的可负担性，这其中还有一个重要方面就是可报销的医疗支出，可报销医疗支出的多少影响着老年人享受基本医疗服务的数量与质量，如果自付数量过高，老年人可能也不会考虑享有这种医疗服务，因此在一定程度上这也是反映享受到基本医疗服务情况的重要指标。基于此，笔者将从以上两方面对基本医疗服务经济可及性的城乡差异进行描述。

3.1.1.1.1 住院/门诊医疗费用支出的城乡差异

从表 3-1 可以了解到湖北省 11 市州农村老年人与城镇老年人的人均医疗支出相比存在着极大的差异，城镇老年人的医疗支出比农村老年人高 3846.255 元，城镇老年人医疗支出的标准差也远大于农村老年人，标准差表示每个个体的医疗支出状况距离总体均值的分散程度，标准差越大，说明距离均值较大的个体较多，由此进一步证明了，城镇老年人的医疗支出费用要比农村老年人分散。结合上文所述的结果可以知晓，农村老年人的健康状况与城镇老年人相比存在较大差距，但是农村老年人的实际医疗支出却少的多，这说明与城镇老年相比，农村老年基本医疗服务的经济可及性较差。

表 3-1 湖北省 11 市州老年人均住院/门诊医疗费用支出的城乡差异

医疗支出类别	数量（元）
城镇老年人均医疗支出	6351.879
农村老年人均医疗支出	2505.624
城镇老年医疗支出的标准差	17969.63
农村老年医疗支出的标准差	8197.817

3.1.1.1.2 可报销医疗支出的城乡差异

从表 3-2 的数据可以看出，湖北省 11 市州的城镇老年人均可报销的医疗支出比农村老年多的数量高达 2848.911 元，这种差距是十分巨大的，显然，人均可报销支出的数量决定着老年人对于医疗消费的决心，从绝对数量上进行对比之后，结合表 3-1 中的数据，可以得知，城镇老年可报销的医疗支出占总医疗支出的 61.89%，而与之相比，农村老年的这种比例只是达到 43.18%。与城镇老年人相比，农村老年有着更高的基本医疗服务的需求，但是能够报销的比例与城镇老年存在如此大的差异，显然会让农村老年对于医疗服务面临很大的困境，基本医疗服务经济可及性自然就会很差。

表 3-2 湖北省 11 市州老年人均可报销医疗支出的城乡差异

医疗支出类别	数量（元）
城镇老年人均可报销的医疗支出	3930.883
农村老年人均可报销的医疗支出	1081.972

3.1.1.2 经济可及性中住院次数的城乡差异

经济可及性中的另一个重要衡量指标就是住院次数，根据数据统计分析显示，湖北省 11 市州城镇老年的平均住院次数为 0.8 次，相对较高，略高于农村老年人均住院次数 0.6 次。住院次数代表着老年人在生病之后能不能够享受到基本医疗服务的救治，从数据中的结果我们不难得知，与城镇老年人相比，农村老年经济可及性中住院次数这一衡量指标的可及性较差。

3.1.2 时间可及性的城乡差异

在对以往文献的研究中，对于时间可及性有一种较新的测度，笔者也较认同这种测量方法，即用能否及时住院来描述时间可及性的状况。从表 3-3 给出的数据可以表明，从整体上看，湖北省 11 市州老年可以得到及时治疗的比例还是很大的，但是，如果从具体内容来看，与城镇老年人相比，农村老年在不能得到及时治疗的比例上还是较大的，比城镇老年高 3.45%。这种就医时间上的可及性的差别，直接影响着老年人能否将自己的疾病在及时的时间内得到治疗，如果不能，则很有可能对自己以

后的身体健康状况是有损害的。

表 3-3 湖北省 11 市州老年就医时间可及性的城乡差异

时间可及性	城镇老年占比 (%)	农村老年占比 (%)
可以及时治疗	95.59	92.14
不可以及时治疗	4.41	7.86

3.1.3 预防性医疗服务可及性的城乡差异

在基本医疗服务可及性中，不可忽视的是医疗服务的事前预防功能，如果能够将在事前得到较好的了解和控制，对于减少以后的医疗支出具有重要的作用。结合文献的梳理及问卷数据的可获得性，笔者将预防性基本医疗服务可及性操作化为体检状况。

从表 3-4 的数据不难看出，湖北省 11 市州老年体检状况的城乡差异较大，以不进行体检的老年人的比例作对比来看，城镇老年所占的比例为 48.21%，农村老年所占的比例为 59.08%，这种差距也是造成农村老年慢性病程度较严重以及失能程度较高的主要原因，当然，数据本身就说明农村老年在预防方面的基本医疗服务可及性较差，值得进一步的提升与改进。

表 3-4 湖北省 11 市州老年体检状况的城乡差异

体检状况	城镇老年人占比 (%)	农村老年人占比 (%)
体检	51.79	40.92
不体检	48.21	59.08

3.2 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异带来的不利影响

3.2.1 对老年人躯体健康状况的不利影响

目前学术界对于躯体健康状况的衡量主要依靠的是日常生活能力 (ADL)，根据这一标准对老年人的失能状况的程度进行判别，本研究也采取这一指标来对老年人失能状况的城乡差异进行描述，在本研究所选取的调研问卷中，涉及日常生活能力的指标有 6 项，分别包括吃饭、穿衣、上厕所、上下床、在室内走动、洗澡等，6 项

所对应的选项均是“做得了”、“有些困难”、“做不了”，在对选项进行处理时，将“有些困难”、“做不了”合并为“做不了”，其中有一项不能做即判定为失能。

经济可及性的测量包含两方面的内涵，即医疗费用与住院次数，在谈对老年人躯体健康的影响时，仅以医疗费用为例，从图 3-5 的对比可以看出，从整体来看，在不同情况的经济可及性下，农村老年要比城镇老年的失能状况更为严重，以医疗费用为 0 元为例，农村老年失能的占比为 5.63%，而城镇老年失能的占比为 4.43%，而当医疗费用为 1-2000 元时，农村老年失能占比 7.81%，而城镇老年失能占比为 4.96%。

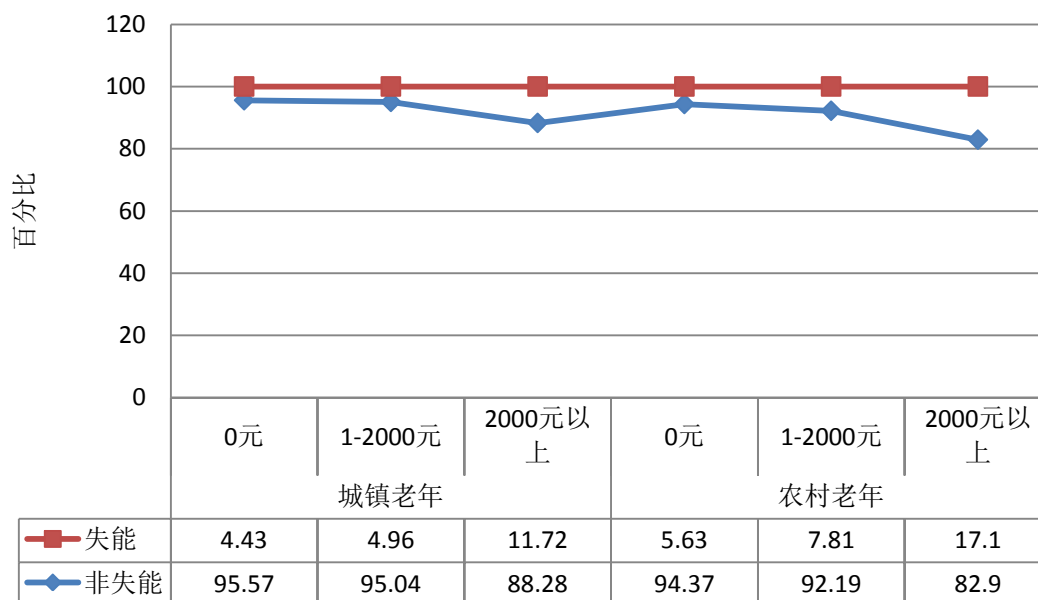


图 3-5 湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性城乡差异对失能状况的不利影响

从时间可及性讲（见表 3-6），不能及时到医院就诊在对失能老人的影响上是不一样的，农村老年不能及时就诊中失能的比例要高于城镇老年人。这说明由于基本医疗服务时间可及性导致的城乡老年失能状况的不利影响中，农村老人处于弱势地位。

表 3-6 湖北省 11 市州老年基本医疗服务时间可及性城乡差异对失能状况的不利影响

失能程度	城镇老年时间可及性（%）		农村老年时间可及性（%）	
	及时	不及时	及时	不及时
非失能	88.10	92.68	85.48	90.54
失能	11.90	7.32	14.52	9.46

华中科技大学硕士学位论文

从预防性基本医疗服务可及性来看（见表 3-7），与农村老年相比，城镇老年享受体检服务中失能的比例要低于农村老年，这说明接受预防性基本医疗服务对于缓解老年的失能状况有着积极的作用，相反则会起到消极的作用。

表 3-7 湖北省 11 市州预防性老年基本医疗服务可及性城乡差异对失能状况的不利影响

失能状况	城镇老年预防可及性（%）		农村老年预防可及性（%）	
	体检	未体检	体检	未体检
非失能	93.94	91.28	90.95	90.66
失能	6.06	8.72	9.05	9.34

3.2.2 对老年人心理健康状况的不利影响

经济可及性的测量包含两方面的内涵，即医疗费用与住院次数，在谈对老年人躯体健康的影响时，仅以医疗费用为例，从经济可及性上讲，越高的医疗经济负担越会导致老年人孤独程度的增加，这种效应在农村老年人身上体现的更为明显，这种论断可以在表 3-8 的数据找到佐证的数据，以孤独程度最高层次的“总是”为例，回答总是孤独的农村老年人的比例要比城镇老年人高得多，这种现象可能的原因是由于农村老年基本医疗服务的经济可及性较差，随着医疗负担的不断加重，会愈发担心自己的医疗费用来源，但是并不想增加家庭的负担，所以就会容易产生诸如孤独、抑郁的现象，详细数据见表 3-8。

表 3-8 湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性城乡差异对心理健康的不利影响

孤独程度	城镇老年经济可及性（%）			农村老年经济可及性（%）		
	0 元	1-2000 元	2001 元以上	0 元	1-2000 元	2001 元以上
从不	76.88	75.13	72.59	58.17	51.91	50.73
有时	20.29	20.87	22.04	34.46	37.38	38.82
经常	2.83	4.01	5.37	7.36	10.71	10.44

从时间可及性的角度讲，根据下图数据分析可以知晓，基本医疗服务时间可及性城乡差异中所导致的孤独程度的加剧在农村老年身上体现的更为明显，以回答“经常”的数量趋势来看，农村老年的孤独程度总是比较高，这与农村老年在就医时享受基本医疗服务时间可及性处于弱势地位十分相关。

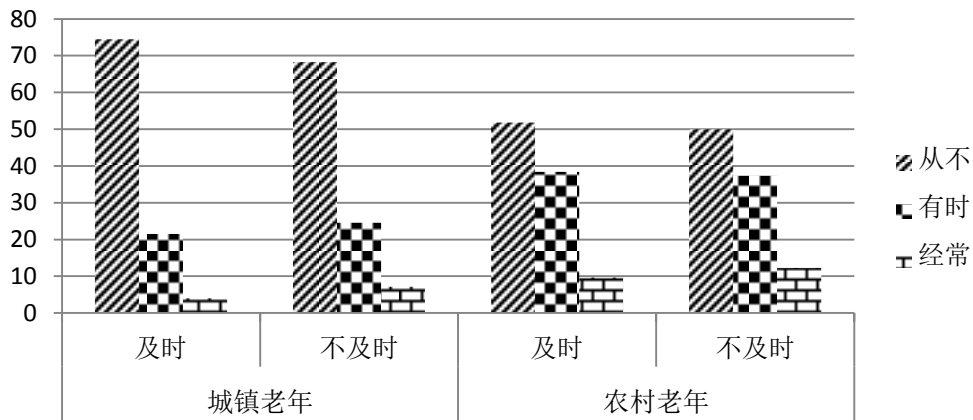


图 3-9 湖北省 11 市州老年基本医疗服务时间可及性城乡差异对心理健康的不利影响

从预防性基本医疗服务可及性的角度讲，预防可及性的城乡差异导致了老年人的孤独程度的增加，根据图 3-10 数据得知，无论是在享受体检服务中还是不享受体检服务中，农村老年的孤独程度与城镇老年相比都是最高的，这种现象可能的原因是由于农村老年接受不到相关预防性的健康服务，所以对于自身的健康状况不了解，会增加老年人主观上的焦虑与孤独。

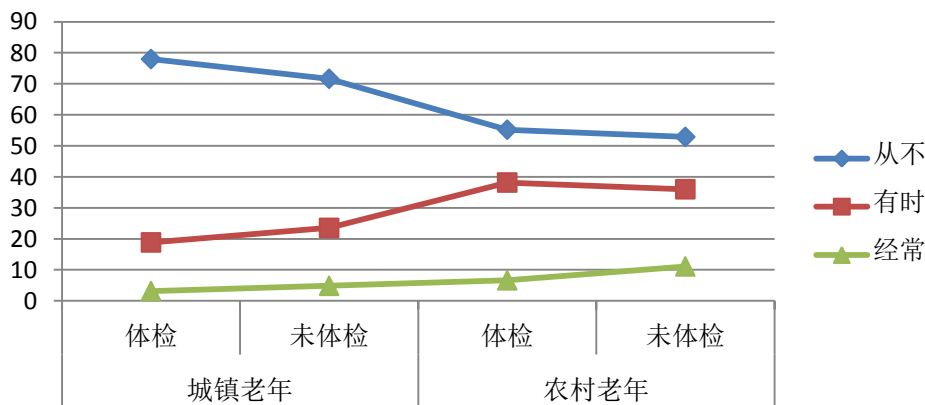


图 3-10 湖北省 11 市州老年预防性基本医疗服务可及性城乡差异对心理健康的不利影响

3.2.3 对老年人自评健康状况的不利影响

经济可及性的测量包含两方面的内涵，即医疗费用与住院次数，在谈对老年人躯体健康的影响时，仅以医疗费用为例，从经济可及性的角度看，图七的数据不难看出，随着经济可及性城乡差异的不断上升，城镇老年人的自评健康状况普遍要好

于农村老年人。以医疗费用为 2001 元以上这一组的城乡对比来看，自评健康为好的，城镇老年人比例要比农村老年高，这一差距也显示在回答“差”的老年人的对比中。

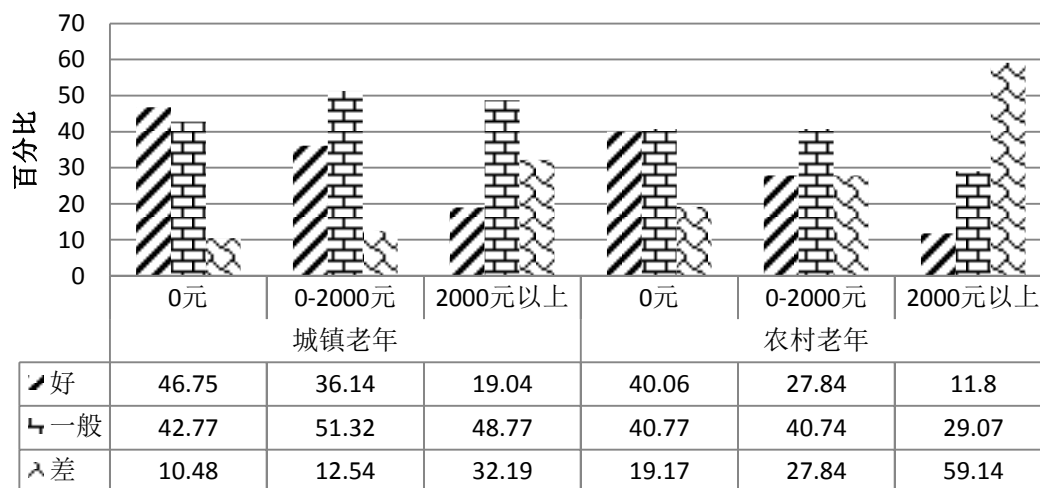


图 3-11 湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性城乡差异对自评健康的不利影响

从时间可及性的层面来讲，图 3-12 的数据说明，与城镇老年人相比，农村老年因为时间可及性的差异而带来的自评健康状况较差的情况更为严重，这一点判断可以从城乡老年人在回答“好”与“差”的对比中可以看出，这种情况产生的原因与基本医疗服务时间可及性的城乡差异密不可分。

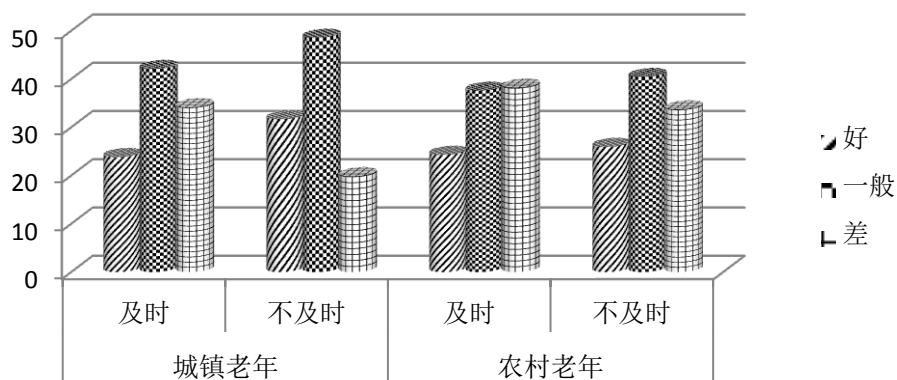


图 3-12 湖北省 11 市州老年基本医疗服务时间可及性城乡差异对自评健康的不利影响

从预防性基本医疗服务可及性的层面看（见表 3-13），在不享受体检服务的城乡老年人中，农村老年人对自评健康的评价较低，这说明即使在同样的预防可及性之下，农村老年人对自身健康的期望值也较低，但事实上是农村老年在预防性基本医

华中科技大学硕士学位论文

疗服务可及性方面更差，更会导致农村老年自评健康状况的下降。

表 3-13 湖北省 11 市州老年预防性基本医疗服务可及性城乡差异对自评健康的不利影响

自评健康	城镇老年预防可及性 (%)		农村老年预防可及性 (%)	
	享受	不享受	享受	不享受
好	34.78	34.01	29.47	28.61
一般	46.74	46.02	37.58	38.23
差	18.48	19.97	32.96	33.16

4 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的影响因素研究

4.1 湖北省老年基本医疗服务经济可及性城乡差异的影响因素分析

4.1.1 湖北省老年基本医疗服务经济可及性中医疗费用城乡差异的影响因素分析

对于经济可及性的操作化为所花费的医疗支出，医疗支出在变量类型上属于连续型变量，为了能够对医疗支出的影响因素进行更精确的探讨，本研究对医疗支出的数值取对数之后，然后在研究中对其进行 OLS 回归处理。由于要探讨湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性的城乡差异，显然，我们需要重点关注的是城乡这一变量是如何随着影响因素的加入而发生相应变化的。这一做法本研究参见的是北京大学李建新教授的处理方法，^①具体呈现的内容如表 4-1 所示。

从表 4-1 的回归结果可以看出，从总体来讲，在潜在性因素放入模型后，潜在性因素对城乡差异的影响是显著的，当需求性因素加入之后，城乡差异这一变量系数变大了，依然显著，具体的解释是城镇老年人所花费的医疗费用要比农村老年人多，随着诱发性因素的加入，这种城乡差异仍然显现出显著影响，但是这种显著性影响却是负向的，在诱导性因素中包含着诸多个人生活标准的操作化要素，这说明个人生活越有保障，对于基本医疗服务的需求性越小，医疗花费的水平越低。根据以上可知，潜在性因素、需求性因素、诱发性因素均会对老年基本医疗服务经济可及性城乡差异产生显著影响。R-squared 的数值变化同样可以说明在引入不同因素之后对于整体模型的解释力，首先，当潜在性因素引入之后，整体模型 R-squared 的数值为 1.8%，在控制了潜在性因素之后，随着需求性因素的加入，样本数据对于整体模型的解释力上升到了 10.8%，相比之间的模型，解释力提升了 9%，在控制了潜在性因素、需求性因素之后，当引入诱发性因素，这种解释力进一步提升，上升到了 13.8%，这说明需求性因素、诱发性因素在解释老年基本医疗服务经济可及性（医疗费用）

^①李建新, 夏翠翠. 我国城乡老年人口医疗服务可及性差异研究——基于 2011 年中国老年健康影响因素跟踪调查数据[J]. 中国卫生政策研究. 2014 (9): 39.

华中科技大学硕士学位论文

城乡差异方面还是具有较强的解释力的。

表 4-1 湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性（医疗费用）城乡差异影响因素回归结果

变量归类	变量	(1) 经济可及性之 医疗费用	(2) 经济可及性之 医疗费用	(3) 经济可及性之医 疗费用
重点关注变量	户籍（乡）	0.232*** (0.0878)	0.358*** (0.0852)	-0.372*** (0.104)
	性别（男）	-0.190** (0.0848)	0.0525 (0.0813)	0.114 (0.0804)
	婚姻状况 （无配偶）	0.455*** (0.104)	0.337*** (0.104)	0.110 (0.103)
潜在性因素	年龄	0.167* (0.0891)	0.205** (0.0857)	0.251*** (0.0921)
	年龄平方	-0.000897 (0.000610)	-0.00139** (0.000588)	-0.00176*** (0.000642)
	经济自评一般 （差）	-0.972*** (0.101)	-0.130 (0.102)	-0.480*** (0.103)
	经济自评良好 （差）	-1.141*** (0.137)	0.252* (0.140)	-0.522*** (0.151)
	自评健康一般 （差）		-1.735*** (0.107)	-1.724*** (0.106)
	自评健康良好 （差）		-3.181*** (0.120)	-3.183*** (0.119)
	孤独 （经常）		0.0878 (0.0931)	-0.0646 (0.0923)
需求性因素	躯体健康 （差）		-0.640*** (0.126)	-0.498*** (0.124)
	保健品使用 （否）			0.357*** (0.0989)
	个人存储养老金			0.247*** (0.0902)
	家庭收入			0.953*** (0.0816)
	子女经济支持			0.0825*** (0.0111)
诱发性因素	门诊挂号免费 （否）			1.060*** (0.129)
	高龄津贴 （否）			0.106 (0.171)
	常数项	-2.320 (3.229)	-1.131 (3.092)	-3.766 (3.287)
	观测值	8,855	8,855	8,855
	R-squared	0.018	0.108	0.138

Standard errors in parentheses, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

从具体的指标来看,在潜在性因素中,从模型 1 中可知性别对老年基本医疗服务经济可及性中的医疗费用产生了显著的影响,这说明与男性相比,女性更有可能花费更少的医疗费用,这点结论与学者宋璐、左冬梅的研究比较一致^①,婚姻状况也对老年医疗费用可及性产生了显著的影响,说明有配偶的老年人可能会花费更多的医疗费用,这可能是因为有配偶的照顾,会对自己的身体状况更加关注,会去做更多的检查或治疗,同时,自身的经济状况对老年基本医疗服务的经济可及性具有显著的负向影响,这就说明经济状况越差的人,自身的医疗支出反而会越多,这种现象可能的解释为自身的经济状况越差,越有可能导致其自身健康投入的减少,疾病风险增强,因此也会导致医疗支出的增加。在需求性因素中,自评健康状况对老年基本医疗服务可及性的影响也是负向的,这种情况产生背后的原因可能是老年人对于自身健康状况的更加乐观的人群,不会倾向于选择去门诊或者住院治疗,同时躯体健康却对老年人的经济可及性产生显著的影响也是负向的;在诱发性因素中,保健品使用对于经济可及性的影响是正向的,与此同时,个人层面的养老储蓄会对经济可及性产生正向的影响,这种情况并不难理解,有一定储蓄的老年人所以为了维持自身的健康水平,就比那些经济水平较低的老年人花费更多的医药费。家庭层面中的家庭收入与子女的经济支持分别对老年基本医疗服务的经济可及性产生了正向的显著影响,这背后可能的解释是随着家庭收入、子女经济支持的增长,老年人在基本医疗服务的使用中可能会增多,对自身的健康状况的期望也会越高,这些都会增加老年人在医疗花费上的增长。与此同时,诱发性因素中社会层面的普通门诊优待服务也会促进老年人的经济可及性,主要原因可能是门诊优待服务的提供一定程度上减轻了老年人的经济负担,促进老年人的就医行为的发生。与之相比,社会层面的老年高龄补贴却并未对预防可及性产生正向影响。

4.1.2 湖北省老年基本医疗服务经济可及性中住院次数城乡差异的影响因素分析

对于经济可及性中住院次数的操作化为 2014 年您总共住院多少次,住院次数在变量类型上依然属于连续型变量,所以在研究中还是对其进行 OLS 回归。由于要探

^①宋璐、左冬梅.农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异:以巢湖地区为例[J].中国农村经济.2010(5):74.

华中科技大学硕士学位论文

讨论湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性中住院次数的城乡差异，我们需要关注的核心自变量为城乡这一变量是如何随着影响因素的加入而发生相应变化。具体内容见表 4-2。

表 4-2 湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性（住院次数）城乡差异影响因素的回归结果

变量归类	变量	(1) 经济可及性之 住院次数	(2) 经济可及性之住 院次数	(3) 经济可及性之住 院次数
重点关注变量	户籍（乡）	0.0771*** (0.0211)	0.103*** (0.0207)	-0.0546** (0.0255)
	性别（男）	-0.0435** (0.0204)	0.00488 (0.0197)	0.0174 (0.0196)
	婚姻状况 （无配偶）	0.0883*** (0.0250)	0.0627** (0.0252)	0.0178 (0.0251)
潜在性变量	年龄	0.0290 (0.0213)	0.0504** (0.0207)	0.0537** (0.0223)
	年龄平方	-0.000147 (0.000146)	-0.000353** (0.000142)	-0.000385** (0.000156)
	经济自评一般 （差）	-0.222*** (0.0242)	-0.0400 (0.0247)	-0.109*** (0.0252)
	经济自评良好 （差）	-0.233*** (0.0330)	0.0583* (0.0340)	-0.0918** (0.0368)
	自评健康一般 （差）		-0.372*** (0.0261)	-0.370*** (0.0258)
	自评健康良好 （差）		-0.614*** (0.0292)	-0.613*** (0.0290)
	需求性变量	孤独 （经常）		0.0202 (0.0226)
	躯体健康 （差）		-0.273*** (0.0305)	-0.244*** (0.0303)
	保健品使用 （否）			0.0815*** (0.0241)
	个人存储养老金			0.0269 (0.0220)
诱发性变量	家庭收入			0.197*** (0.0199)
	子女经济支持			0.0157*** (0.00270)
	门诊挂号免费 （否）			0.260*** (0.0315)
	高龄津贴 （否）			-0.00353 (0.0417)
	常数项	-0.437 (0.773)	-0.517 (0.747)	-0.846 (0.797)
	观测值	8,834	8,834	8,834
	R-squared	0.015	0.088	0.112

Standard errors in parentheses, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

从表 4-2 的回归结果可以看出,从总体来讲,在潜在性因素放入模型后,潜在性因素对城乡差异的影响是显著的,当控制了潜在性因素,需求性因素加入之后,城乡差异这一变量系数变大了,而在显著性的呈现上保持不变。随着诱发性因素的加入,城乡差异变量依然是显著的,但是影响却是负向的,这就说明潜在性因素、需求性因素、诱发性因素都是影响老年住院次数城乡差异的重要原因。

从具体指标来看,在潜在性因素中,性别对湖北省老年基本医疗服务经济可及性中住院次数产生了显著的负向影响,婚姻状况会对老年住院次数产生正向影响,具体的解释是有配偶的老年人会偏向于去医疗场所检查或治疗疾病,这点不难理解,有配偶的老年人更会倾向于在配偶的陪同下对自己的身体进行及时详细的检查,在这一过程中因为有亲人的陪伴,会有较强的精神动力;在需求性因素中,孤独感并未对老年住院次数产生显著性的影响,自评健康对老年住院次数产生了较为显著的负向影响,这种现象背后可能的解释是,自评健康状况是老年对于其客观健康与主观健康的综合评价,自评健康状况的好坏直接影响着老年人是否愿意使用基本医疗服务,也会影响着自身的住院次数,如果自身对于健康状况的判断越好,老年人可能会更不会倾向于去救治自己的疾病,这就影响着老年基本医疗服务住院次数城乡差异的变化。在诱导性因素中,家庭收入、子女经济支持对老年住院次数有着显著的正向影响,这点不难理解,有着更多物质基础积累的老年人更会享受住院服务,这也与学者所指出的影响老年人住院服务利用情况的主要因素是城乡差异、贫富程度、职位等级以及社会保障因素的结论十分一致^①。同时,门诊挂号免费服务对老年人住院次数产生了正向的显著影响,这说明基本医疗服务方式及内容的拓展会影响到湖北省老年的住院次数。

4.2 湖北省老年基本医疗服务时间可及性城乡差异的影响因素分析

对于时间可及性的操作化为生病是否能及时到医院治疗,时间可及性在变量类型上属于两分变量,所以在研究中对其进行二元 Logit 回归。由于要探讨湖北省 11

^①胡宏伟,李杨,李玉娇.城乡差异、富裕程度、制度公平与老年人卫生服务利用——基于老年人住院服务利用的比较分析[J].广西经济管理干部学院学报.2011(3):20.

华中科技大学硕士学位论文

市州老年基本医疗服务时间可及性的城乡差异，我们需要重点关注的是城乡这一变量是如何随着影响因素的加入而发生相应变化。

表 4-3 湖北省 11 市州老年基本医疗服务时间可及性城乡差异影响因素的回归结果

变量类型	变量操作	(1) 时间可及性	(2) 时间可及性	(3) 时间可及性
重点关注变量	户籍（乡）	0.638*** (0.0311)	0.634*** (0.0315)	0.849*** (0.0524)
	性别（男）	1.115** (0.0513)	1.086* (0.0505)	1.090* (0.0512)
	婚姻（无配偶）	0.968 (0.0545)	0.938 (0.0556)	1.003 (0.0603)
潜在性因素	年龄	0.979 (0.0472)	0.977 (0.0476)	0.919 (0.0489)
	年龄平方	1.000 (0.000330)	1.000 (0.000334)	1.001* (0.000371)
	经济自评一般 （差）	1.056 (0.0580)	1.001 (0.0584)	1.130** (0.0682)
	经济自评良好 （差）	1.614*** (0.118)	1.413*** (0.111)	1.883*** (0.164)
	自评健康一般 （差）		0.857** (0.0532)	0.864** (0.0539)
	自评健康良好 （差）		1.230*** (0.0836)	1.260*** (0.0864)
	需求性因素	孤独（经常）		1.108* (0.0592)
	躯体健康（差）		1.139* (0.0836)	1.089 (0.0804)
	保健品使用（否）			0.936 (0.0551)
	个人养老储蓄			0.855*** (0.0456)
诱发性因素	家庭收入			0.705*** (0.0340)
	子女经济支持			1.003 (0.00655)
	门诊挂号免费 （否）			0.908 (0.0721)
	高龄津贴 （否）			0.869 (0.0875)
	常数项	1.114 (1.945)	0.937 (1.647)	10.74 (20.41)
	观测值	8,935	8,935	8,935

Standard errors in parentheses, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

从表 4-3 的回归结果可以看出,从总体来讲,在潜在性因素放入模型后,潜在性因素对城乡差异影响是显著的,当需求性因素加入之后,城乡差异这一变量在显著性的呈现上并未改变,依然显著,但是 OR 值却变小了。但是,随着诱发性因素的加入,这种城乡差异在显著性上未发生改变,且 OR 值也从 0.634 增长到 0.849,这说明潜在性因素、需求性因素、诱导性因素均是导致湖北省老年基本医疗服务时间可及性城乡差异的主要因素。

从具体指标来看,在潜在性因素中,性别、经济自评状况均对湖北省老年基本医疗服务的时间可及性产生显著的影响,在需求性因素中,老年人的自评健康、心理健康状况、躯体健康状况均对其基本医疗服务的时间可及性产生了正向的影响,这点不难理解,对于自身健康中出现的问题越了解,自身的健康需求越迫切,所以无论是从主观上还是客观上都会更加渴望能够得到及时的救治,也就会直接影响到自己去医院得到治疗的时间可及性,在诱导性因素中的个人养老储蓄对时间可及性产生了负向影响,也影响着老年基本医疗服务时间可及性城乡差异的变化。

4.3 湖北省老年预防性基本医疗服务可及性城乡差异的影响因素分析

对于预防性基本医疗服务可及性的操作化为 2014 年是否享受到了体检服务,预防可及性在变量类型上属于两分变量,所以在研究中对其进行二元 Logit 回归。由于要探讨湖北省 11 市州老年预防性基本医疗服务可及性的城乡差异,我们需要关注的核心自变量为城乡这一变量是如何随着影响因素的加入而发生相应变化。

从表 4-4 的回归结果可以看出,从总体来讲,在潜在性因素放入模型后,潜在性因素对城乡差异的影响是显著的,当需求性因素加入之后,城乡差异这一变量在显著性的呈现上并未改变,依然显著,OR 值变小了。随着诱发性因素的加入,并未对预防可及性产生显著的影响,这说明潜在性因素、需求性因素是导致老年预防性基本医疗服务可及性城乡差异的主要因素,诱导性因素并不是产生城乡差异的主导因素,但是却在具体指标上产生了显著性影响。

华中科技大学硕士学位论文

表 4-4 湖北省 11 市州老年预防性基本医疗服务可及性城乡差异影响因素的回归结果

变量类型	变量操作	(1) 预防可及性	(2) 预防可及性	(3) 预防可及性
重点关注变量	户籍（乡）	1.412*** (0.0645)	1.409*** (0.0655)	1.009 (0.0591)
	性别（男）	0.962 (0.0427)	0.967 (0.0431)	0.969 (0.0439)
	婚姻（无配偶）	1.279*** (0.0696)	1.250*** (0.0712)	1.141** (0.0662)
潜在性因素	年龄	1.596*** (0.0775)	1.585*** (0.0776)	1.543*** (0.0830)
	年龄平方	0.997*** (0.000332)	0.997*** (0.000335)	0.997*** (0.000374)
	经济自评一般（差）	1.259*** (0.0667)	1.272*** (0.0713)	1.078 (0.0630)
	经济自评良好（差）	1.753*** (0.126)	1.786*** (0.138)	1.240** (0.105)
	自评健康一般（差）		0.920 (0.0542)	0.896* (0.0535)
	自评健康良好（差）		0.891* (0.0589)	0.862** (0.0577)
	需求性因素	孤独（经常）		1.064 (0.0543)
	躯体健康（差）		1.081 (0.0748)	1.131* (0.0793)
	保健品使用（否）			1.373*** (0.0763)
	个人养老储蓄			1.393*** (0.0702)
诱发性因素	家庭收入			1.349*** (0.0620)
	子女经济支持			0.997 (0.00624)
	门诊挂号免费（否）			1.384*** (0.101)
	高龄津贴（否）			0.830* (0.0805)
	常数项	1.18e-08*** (2.08e-08)	1.48e-08*** (2.61e-08)	2.76e-08*** (5.29e-08)
	观测值	8,848	8,848	8,848

Standard errors in parentheses, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

从具体指标来看，潜在性因素中所有的指标都对预防性基本医疗服务可及性产生了正向的影响，以经济自评为例，经济自评状况对预防可及性产生了显著影响，

这说明经济自评越好，越可能进行体检，了解自身的具体健康状况，也影响着老年预防性基本医疗服务可及性城乡差异的变化。在需求性因素中，自评健康在不同程度上对于预防可及性产生了显著的正向影响，这表明健康状况与体检服务是否享受着正向的联动效应，即自身的各方面健康状况越好，越想对身体中的不好的地方进行检查，而这一结果也提示我们要防止健康贫困老年人陷入“恶性循环”的怪圈；在诱导性因素中，个人层面保健品的使用、养老储蓄都会对预防可及性产生正向显著影响，这种现象背后的解释为个人有着相对良好的经济基础，更会偏向于对自身健康状况进行提前的了解与适当的投资，家庭层面的家庭收入会对预防可及性产生正向显著影响，这种现象进一步证明了家庭中的经济因素对于基本医疗服务的可及性有着基础性作用，社会层面中门诊服务优待同样对预防可及性产生正向显著影响，这启示我们应该注重门诊挂号优待服务的正向作用与积极影响，这样的为老年人提供便利的服务不仅能够促进老年人享受到预防性的基本医疗服务，而且对减少老年人的就医频次与医疗费用也有着十分积极的影响，与之相似，社会层面的老年高龄补贴也对预防基本医疗服务可及性产生正向的显著影响。

5 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的基本结论 与政策建议

5.1 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的基本结论

本研究利用 2015 年第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查个人问卷（湖北地区）的数据，呈现老年健康需求及基本医疗服务可及性的城乡差异，这种差异主要表现为与城镇老年相比，湖北省 11 市州农村老年在经济可及性、时间可及性、预防性基本医疗服务可及性都处于劣势，基于此，研究并分析了产生这种差异的因素，从整体的因素划分对老年基本医疗服务可及性城乡差异来看，潜在性因素、需求性因素、诱发性因素均会对经济可及性、时间可及性城乡差异产生显著的影响，而对预防可及性城乡差异产生的影响因素主要集中在潜在性因素和需求性因素之中。

而从具体指标来看，得出了以下三点基本结论：

第一，潜在性因素会对湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性、时间可及性、预防可及性城乡差异产生显著影响。潜在性因素在本研究的内容中主要包括性别、年龄、婚姻状况、自评经济状况，而其对湖北省老年基本服务可及性的影响具体如下：（1）从表 4-1 中可以看出，性别、年龄、婚姻状况、自评经济状况对经济可及性中医疗支出城乡差异有显著性影响；（2）从表 4-2 可以了解到，性别、婚姻状况、自评经济状况对经济可及性中住院次数城乡差异有着显著的影响；（3）从表 4-3 可知，性别、自评经济状况会对时间可及性城乡差异产生显著正向的影响；（4）从表 4-4 不难看出，性别、年龄、婚姻状况、自评经济状况均会对预防性基本医疗服务可及性城乡差异产生正向显著的影响。

第二，需求性因素会对湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性、时间可及性、预防可及性城乡差异产生显著影响。需求性因素在本研究的内容中主要包括自评健康状况、心理健康状况、躯体健康状况，而其对湖北省老年基本服务可及性的影响具体如下：（1）从表 4-1 的回归分析可知，自评健康、躯体健康对经济可及性中

的医疗费用城乡差异产生了显著的影响；(2)从表 4-2 可知，自评健康状况、躯体健康状况均对经济可及性中的住院次数城乡差异产生了显著影响；(3)从表 4-3 不难看出，自评健康状况、孤独感状况、躯体健康状况均对时间可及性城乡差异产生了显著影响；(4)从表 4-4 的回归分析结果可以看出，自评健康也对预防性基本医疗服务可及性城乡差异产生了影响。

第三，诱发性因素会对湖北省 11 市州老年基本医疗服务经济可及性、时间可及性城乡差异产生显著影响。诱发性因素主要包括个人层面的保健品使用、养老储蓄，家庭层面的家庭收入、子女代际经济支持，社会层面的门诊挂号优待服务、高龄补贴，而其对湖北省老年基本服务可及性的影响具体如下：(1)从表 4-1 可以看出，个人层面的保健品使用、养老储蓄，家庭层面的家庭收入、子女代际经济支持，社会层面的门诊挂号优待服务对经济可及性中医疗支出城乡差异产生了显著的影响；(2)从表 4-2 可知，个人层面的保健品使用，家庭层面的家庭收入、子女代际经济支持，社会层面的门诊挂号优待服务对经济可及性中住院次数城乡差异产生了影响；(3)从表 4-3 不难看出，诱发性因素中个人层面的养老储蓄、家庭层面的经济收入对时间可及性城乡差异产生了显著的正向影响；(4)从表 4-4 的回归分析可知，个人层面的保健品使用、养老储蓄，家庭层面的家庭收入，社会层面的门诊挂号优待服务、高龄补贴均对预防性基本医疗服务可及性城乡差异产生了显著的影响。

以上的研究结论启示我们对于改善湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的现状，不仅应该从个人、家庭层面着手，更应该从制度层面进行改善，但是从现实情况来看却不容乐观，湖北省专门有关城乡基本医疗卫生服务均等化只是在 2009 年的《湖北省深化医药卫生体制改革实施方案》中提出。随后在部分零散的文件、规章中虽然也有体现，但是总体来说政府在推进老年基本医疗服务可及性、缓解城乡差异方面还停留在意见亦或是办法层面，法律地位较低。从资金保障状况来看，2011 年 10 月，湖北省卫生厅、财政厅联合下发《湖北省基本公共卫生服务项目考核办法》（鄂卫发[2011]52 号），并颁布了《省级标准》。但是在这一办法之中，就算全区基本公共卫生服务项目全部按照标准执行，可获得的补助资金总额也不足 1000 万元，仅为筹集资金总额的 57%，对于财政、卫生部门来说，理论上就有 43% 的资金难以

按照工作量分配到位，造成用于公共卫生服务的资金不足等状况。^①

结合以上结论与分析，笔者将进一步借助 2013 年、2014 年、2015 年三年的《中国卫生和计划生育统计年鉴》中湖北地区的数据来进一步对湖北省老年基本医疗服务可及性的城乡差异现状及其背后的影响机制进行探索，并提出相应的政策建议，以期更好的为完善湖北省老年基本医疗服务体系建言献策。

5.2 湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异改善的政策建议

基于湖北省 11 市州老年基本医疗服务可及性城乡差异的描述，及其背后影响因素的探讨，对这一城乡差异背后的成因进行分析，为了完善湖北省城乡老年基本医疗服务体系，促进湖北省政府履行好卫生资源配置责任，本研究将从以下三个方面来提出对应的政策建议：

5.2.1 湖北省政府应缩小收入差距以改善老年基本医疗服务可及性城乡差异

从表 4-1 中回归分析的结果可以看出，湖北省 11 市州老年自评经济状况会对老年人基本医疗服务可及性的城乡差异产生显著的影响，而自评经济状况与城乡老年人的收入状况密切相关，尽管潜在性因素中会有诸如性别、婚姻状况、年龄等会对可及性产生显著的影响，但是这些个体的内在属性很难通过具体措施去改善，而相较之下，老年的自评经济状况可以通过缩小城乡老年人的收入差距状况来改变。其实，经济发展水平的差异会导致显示在老年人身上的潜在性因素、需求性因素以及诱发性因素都会不同，再以表 4-1、表 4-2、表 4-4 中诱发性因素对湖北省 11 市州老年基本医疗服务可及性的影响为例，子女的代际经济支持、个人养老储蓄都会对老年人基本医疗服务的经济可及性、预防可及性城乡差异的产生都会产生影响，这与湖北省第四次卫生服务调查报告数据内容较为一致，数据显示，城市地区 74.8% 的老年人经济来源于自己或者是配偶，而农村地区则仅为 46.4%。农村老年人的经济收入主要还是依靠子女，比例达到 48.7%。此外，数据显示，城市地区的老年人与子女接触的机会明显高于农村地区，城市有 87.4% 的老年人至少每月可以和子女接触，而农

^①熊侃霞.湖北省基本公共卫生服务均等化问题研究[M].北京：中国社会科学出版社，2016：119.

村这一比例仅为 66.8%。^①这种差别直接就会影响到湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异。同时,从回归分析的结果也可以看出,家庭层面的收入状况,社会层面的高龄津贴会对老年基本医疗服务经济可及性、时间可及性、预防可及性都会产生不同程度的显著影响,而这些经济因素都是与湖北省经济发展水平相联系的,可以说,经济发展水平对于基本医疗服务资源的投入具有基础性作用,也是促进湖北省老年基本医疗服务经济可及性城乡差异缩小的重要手段,显然城市的经济发展水平要比农村更好,这也就意味着城市更有可能享受到数量更多与质量更高的基本医疗服务,也同时享受着更好的医疗人才供给的服务。经济发展水平的差异具体到老年人身上,可以体现为城乡老年居民收入水平的差异与消费水平的差异,收入水平决定着老年人有多少数量的资金可供自己购买相关的基本医疗服务产品,而消费水平则不仅体现着老年人的收入数量,更体现出老年人对于基本医疗服务的具体需求,从已有的数据来看,2015 年湖北省老龄办公布的《关于湖北省人口老龄化现状及发展趋势预测的研究》显示,城乡老年人 2014 年家庭净收入均比较低,分别为 1.46 万元和 0.49 万元。从支出方面来说,城乡老年人支出集中在家庭食品、医疗费用的方面。^②从这一内容不难看出,湖北省城乡老年在收入和支出水平上都有较大的差距,从支出来看,除了为维持生存所必须花费的食品支出之外,城乡老年人的第二大部分的支出就在医疗服务的支出上,这说明无论对于湖北省城镇老年人还是农村老年人而言,医疗服务的需求是十分强烈的,然而,在需求同样比较强烈的情况下,农村老年人所在的家庭净收入却要比城镇老年人低近 1 万元左右,这就直接决定着农村老年人根本不可能享受到与城镇老年人相同的基本医疗服务数量,也无法享受到预防性的基本医疗服务,更谈不上相对应的质量要求,所以体现在湖北省老年人身上的这种城乡经济发展水平的差异从根本上决定这老年基本医疗服务可及性的这种差异现状,也同时影响着老年人基本医疗服务的经济可及性,同时,由于农村老年人的经济水平较低,在选择医疗机构救治时往往会选择小诊所而很少会去大型医疗机构,这也就在一定程度上解释了为何农村老年人选择医疗机构时会偏向于地理位

^①焦红主编.湖北省第四次卫生服务调查报告[M].武汉:华中科技大学出版社.2010:124.

^②陈倩,张泽文.每 5 个湖北人就有一位老人,养老主要靠老伴,最烦看病贵[EB/OL].长江网.2016-04-02.网址:
<http://www.changjiangtimes.com/2016/04/530567.html>.

置距离较近的诊所，最后，经济水平差异同样影响着老年人的时间可及性，在表 3-3 的数据显示中，农村老年人在治病的及时性上往往会不如城镇老年人，这在一定程度上也是经济水平的差异所致，经济水平越差的患病老年人往往害怕增加家中的经济负担，所以遇到疾病不少人会选择不治疗亦或是缓治疗。基于此，为了进一步缩小湖北省老年人的收入差距，促进其能享受到公平可及的基本医疗服务，应做到以下三点：

一是缩小湖北省城乡经济发展水平差距。从回归分析的结果可以看出，诱发性因素中的经济因素始终在城乡老年人基本医疗服务可及性城乡差异中扮演着重要角色，可以看出经济水平对于缩小老年人的收入差距具有基础性作用，但是从目前来看，湖北省城乡经济发展差距还比较大，以武汉市而言，武汉市 2016 年 GDP 位居全国城市排名前 10 位，相比之下，湖北省西北部、西南部地区的农村地区却是精准扶贫的重点地区，这样的城乡差距显然会使得老年人所享受的基本医疗服务可及性出现差异，因此，需要进一步缩小湖北省城乡之间的经济发展水平差异，增加对农村地区的财政转移支付力度，尤其是要加强基本医疗服务资源的支出力度与强度，在转移支付的过程中，应避免随意性与不稳定性。

二是缩小湖北省城乡老年人所在家庭的收入差距。老年人所获取的收入很重要的一部分是来自家庭中的亲属供给，从 2015 年湖北省老龄办公布的《关于湖北省人口老龄化现状及发展趋势预测的研究》中公布的已有数据来看，城镇老年人所在家庭的净收入要比农村老年人所在家庭高近 1 万元，家庭收入的差距会很大程度上影响到老年的就医决策，拥有不同的家庭收入的老年群体对于医疗服务费用的承受力是不同的，农村贫困老年面对疾病的到来可能更不倾向于治病，而是会将疾病拖延治疗甚至是等待死亡，这种基本医疗服务可及性的城乡差异很大程度上取决于家庭净收入的影响，基于此，湖北省政府应该对困难家庭给予适当的家庭补贴，尤其是对于家中有较重疾病老年人群的困难家庭，可以考虑进行专项救助，促进困难家庭中老年能够享受到便捷可及的基本医疗服务，满足其医疗服务需求。

三是提高老年人均经费标准，缩小城乡之间基本医疗服务经费的差距。自 2009 年国家启动基本公共卫生服务项目以来，虽然湖北省人均基本卫生服务经费已经从

2009年的15元提高到2012年的25元,但是由于各地财政投入之间的差异,城乡之间仍存在着较大的差距,以农村地区的老年人的健康检查为例,现有的25元人均经费标准根本无法满足老年人的基本医疗服务的需求。^①农村老年人应该享受到更高的人均经费标准,但是从目前来看依然是城乡一体化补贴,这对于湖北省农村医疗需求较大的老年人,是无法满足其消费需求的,所以,必须尽快缩小老年人基本医疗服务经费补贴的城乡差异。

5.2.2 湖北省政府应调整基本医疗卫生服务资源的配置结构

从第4章表4-3回归分析的结果可以看出,湖北省11市州老年需求性因素对于其基本医疗服务可及性具有显著性的影响,基于此,湖北省政府在提供基本医疗卫生服务资源时,最根本的是要满足老年人的健康服务需求,促进卫生服务资源的精准配置,为此应从以下方面着手:

一是明确湖北省政府自身的卫生配置资源职能,卫生资源配置职能作为政府职能的重要组成部分,政府理应通过使用自身的公共权力来实现卫生资源公平配置。但是,从湖北省政府目前对于资源配置的情况来看,还是没有将自身的这一职能定位清楚,从第三章描述性统计中关于湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异的呈现上可以看出,这种职能定位的模糊具体表现在两个方面:第一是单纯注重基本医疗服务诊疗性功能,而忽视了预防性的基本医疗卫生资源的投入,诊疗性医疗服务资源的投入固然是必不可少的,但是对于老年人疾病的救治应该更加注重“上游干预”,即在老年人未发病之前就应该有相应的措施进行体检、健康教育、健康管理等,但是从现实中来看,无论是湖北省政府的政策支持、资金投入还是相关学者对于湖北省老年人基本医疗服务的研究成果来看,都并没有将预防性的医疗卫生资源投入摆放到突出位置,这样不仅会增加湖北省城乡老年人的医疗负担,而且对于提高湖北省医疗卫生投入效率不利。第二是未对基本医疗卫生资源的配置建立和形成一套评估监督体系,这样就很难为城乡老年人的基本医疗服务的可及性提供必要的制度保障,这一评估监督体系至少应该包括评估原则、评估目标、评估指标体系、评估

^①熊侃霞.湖北省基本公共卫生服务均等化问题研究[M].北京:中国社会科学出版社,2016:151.

指标操作化、评估模型、评估依据、评估程序、评估方法等在内的完整的内容，但是现实是对于基本医疗服务资源的监督与评估依然是采取人为监督与判定，这样就会使得随意性与稳定性较差，不利于医疗卫生配置资源效率的提升。

基于以上的不足之处，湖北省政府应从以下两个方面明确自身在卫生资源配置中的职能定位。第一是认清基本医疗服务可及性的预防性功能的重要性。预防性功能的重要性不言而喻，而在财政投入过程中，政府总是过于强调对于目前已有的疾病进行救治，而忽略了对于预防性基本医疗服务的投入，因此应该进一步认清预防性功能的重要性，并把这一功能的重要性不仅仅要落实在政策条例之中，更应该让其走入现实生活中，可取的做法是让有财政能力的城乡地区开展广覆盖的健康教育、健康管理方面的宣传教育以及相关讲座、对老年人进行普遍的体检活动等，而对于财政负担较重的地区，则可以对所辖区域内相对贫困的地方开展预防性基本医疗服务，防止其因病致贫、因病返贫。第二是构建一套较为完整的对老年基本医疗服务可及性的评估监督体系。在这一体系中，应该以公平性、可及性为评估原则，应该以缩小湖北省老年基本医疗服务可及性城乡差异为评估目标，在具体的指标体系中应分为四部分，即经济可及性、时间可及性、预防可及性，在指标的具体操作化中，可以采取比本研究更加细致的划分方法，比如在经济可及性中，不仅要考虑老年的门诊支出、住院支出、报销比例、自付比例，更要考虑家庭为老年人的就医花费了多少资金，而这一资金又会给老年所在的家庭造成什么经济负担等等。在评估模型中可以采取多学科交叉的方法，组织相关专家学者对掌握的已有数据进行分析，而评估依据不能仅仅只是依靠手中掌握的数据，更要深入到城乡老年社区中了解基本工作人员的评价，将量化研究与质性研究相结合，力图更完整的呈现出老年基本医疗服务可及性的全貌。评估程序可以采取自下而上的评估，即首先在基层了解老年基本医疗服务可及性现状，然后找中层管理人员对于医疗服务现状进行宏观的把握，最终由湖北省政府对掌握的资料进行最终的整合与归纳。

二是增强城乡老年人预防性基本医疗服务可及性。从第3章表3-4中描述性统计的结果来看，湖北省老年人在预防性基本医疗服务可及性城乡差异方面较为严重，这从下表的数据也可以看出，一方面，湖北省在2013-2014年间，农村居民的人均医

华中科技大学硕士学位论文

疗保健支出虽然增长幅度比城市较快，但是城乡差距依然较大，以 2014 年的城乡人均医疗保健支出的而言，二者相差 409 元；另一方面，医疗保健消费占消费性支出的比例在 2013-2014 年间，农村居民所占的比重都是较高的，如果从人均年现金消费支出的绝对数量来看，农村居民的医疗保健支出对于农村居民所造成的经济负担较重，这直接就影响着城乡居民在医疗保健支出以及服务可及性。

表 5-1 2013、2014 年湖北省城乡居民医疗保健支出对比

年份	城镇居民			农村居民		
	人均医疗保健支出(元)	人均年现金消费支出(元)	医疗保健支出占消费性支出(%)	人均医疗保健支出(元)	人均年现金消费支出(元)	医疗保健支出占消费性支出(%)
2013	1029.6	14496.0	7.1	591.9	5726.7	10.3
2014	1033.5	15749.5	6.6	624.4	6279.5	9.9

资料来源：国家卫生和计划生育委员会编.2014 年和 2015 年《中国卫生和计划生育统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社：95。

预防性基本医疗服务属于老年人健康保障的第一道防线，如果能够在这项服务中投入足够的人力、物力与财力，将对医疗费用的减少，优化医疗资源配置结构具有重要的意义。但是从现实来看，预防性基本医疗服务可及性在湖北省面临的城乡差异较大，以武汉市为例，2016 年该市为全体老年人举行了一次大规模的免费体检活动，促进了武汉市老年人预防性基本医疗服务的可及性，但是这种预防性医疗促进活动对于县级及其以下的地区却很难做到，偏远的贫困地区更是无从谈起这项服务，基于此，有必要对预防性基本医疗服务加大投入力度，对于财政供给能力有限的乡镇政府加大预防性医疗资源的财政转移支付力度，在做到这一措施的同时，可以考虑整合目前的医疗保险项目来促进预防性基本医疗服务的发展，具体建议的做法是，从湖北省新农合的资金结余中抽出部分资金来供给预防性基本医疗服务，从历年湖北省的新农合资金结余来看，主要有两个特点，一是资金结余量较大，二是年底突击花费新农合结余资金的现象屡见不鲜，这样会导致新农合结余资金使用效率的下降，将这一结余供给到预防性基本医疗服务，不仅扩大了预防性基本医疗服务的资金来源，也拓展了新农合可以保障的医疗范围，针对这项业务的开展，可以将湖北省民政厅、人社厅、扶贫办等部门中的相关业务进行整合，形成“一门受理，

华中科技大学硕士学位论文

协同办理”的办事方式，促进湖北省老年预防性基本医疗服务的可及性。

三是注重基层卫生人员队伍与医疗机构建设，促进湖北省老年基本医疗服务时间可及性城乡差异的缩小。在回归分析的结果中，需求性因素对于湖北省老年基本医疗服务可及性有着重要影响，而基层卫生人员与基层医疗机构建设情况对于满足湖北省老年的健康需求有着至关重要的作用，而从现实状况来看，湖北省老年基本医疗服务资源城乡的配置不均衡，主要从两方面反映。

第一方面，从居民所拥有的卫生人员数与每千人所拥有的卫生技术人员数来看（见表 5-2），这是老年享受基本医疗服务的重要人才保证，如果没有相应的专业医疗人才进行健康管理或者是疾病诊疗，城乡老年人很难享受到可及的医疗服务。首先，从居民所拥有的卫生人员数来看，下表数据显示，从绝对数量上来看，虽然城镇与农村所拥有的卫生人员数量差别并不大，但是从每个类别占城镇/农村卫生人员总数的比例来看，毫无疑问，农村居民处于明显的劣势，没有一项比例超过城镇地区的，老年人作为居民群体的重要组成部分，其在自己的生活区域如果没有足够数量的卫生人员为自己的健康做保障，那么基本医疗服务的经济可及性将会很差，会增加老年人的就医负担，也会直接影响到老年人基本医疗服务的时间可及性，总之，卫生人员数量的城乡差距对于老年医疗服务的可及性城乡差异的存在有基础性影响。

表 5-2 2014 年湖北省城乡卫生人员数

卫生人员类别	城镇	人数 总计	该类别人数占城 镇卫生人员总数 的比例 (%)	农村	人数 总计	该类别人数占农 村卫生人员总数 的比例 (%)
执业（助理）医师	56116	188760	29.73	70007	249404	28.07
执业医师	52853	188760	28.00	51052	249404	20.47
注册护士	74932	188760	39.70	69177	249404	27.74
药师	7790	188760	4.13	10047	249404	4.03
技师	8593	188760	4.55	8927	249404	3.58
其他技术人员	8592	188760	4.55	8839	249404	3.54
管理人员	9595	188760	5.08	8459	249404	3.39

资料来源：国家卫生和计划生育委员会编.2015 年《中国卫生和计划生育统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社:33。

从居民每千人拥有的卫生技术人员数量上进一步来看，从下表数据可以看出，从卫生技术人员的类别来看，2014 年湖北省城市居民每千人口卫生技术人员数均高

于平均水平，相反，农村居民则均低于平均水平，这反映出的是城镇老年在享受基本医疗服务时，供给主体的人员素质普遍较高，意味着对疾病预防、健康管理、治疗及康复都有着较为完备的知识体系，而相反，农村老年却很难享受到这种服务，甚至由于农村基本医疗服务中的人员素质有限，会导致对农村老年疾病的判断出现偏差，导致其疾病不能得到很好的治疗与康复，从而影响农村老年的健康及恢复。所以，这种城乡差异直接影响着老年基本医疗服务可及性以及所能享受到的基本医疗服务的质量。

表 5-3 2014 年湖北省城乡居民每千人口卫生技术人员数

卫生技术人员类别	合计（平均）	城镇	农村
卫生技术人员	5.77	8.62	4.17
执业（助理）医师	2.17	3.06	1.65
其中：执业医师	1.79	2.88	1.20
注册护士	2.48	4.08	1.63

资料来源：国家卫生和计划生育委员会编.2015 年《中国卫生和计划生育统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社:37。

第二方面，从湖北省城乡每千人口拥有医疗机构数看，这是老年享受基本医疗服务的重要场所保障，医疗机构数量的城乡差异可以影响到老年享受基本医疗服务的便捷性和时间性。从表 5-4 中也可以看出，2013 年-2014 年虽然农村的医疗卫生机构数量比城镇要稍多，但是面对农村老年迫切的健康需求，这种差异仍然很难满足他们的需求，也就直接影响着他们的基本医疗服务可及性。与此同时，也应从湖北省城乡每千人口拥有的机构床位数来看，这是老年享受基本医疗服务的重要物质载体，每千人口拥有的机构床位数的城乡差异直接影响着老年能否在疾病诊疗中享受到可及的医疗服务，从湖北省 2014 年的数据可以看出，城乡机构床位数量差异较大，从具体数字来看，2013 年这种差异为 3.65 张，而 2014 年这种差异在逐渐扩大，达到了 3.94 张，面对农村老年较为严峻的健康状况，每千人医疗卫生状况却呈现出如此的城乡差异，很显然会直接影响到服务可及性。

华中科技大学硕士学位论文

表 5-4 2013、2014 年湖北省城乡居民医疗卫生机构床位数

年份	医疗卫生机构床位数（张）			每千人口医疗卫生机构床位数（张）		
	合计	城镇	乡村	合计	城镇	乡村
2013	288169	133439	154730	4.97	7.23	3.58
2014	317500	146307	171193	5.46	7.97	4.03

资料来源：国家卫生和计划生育委员会编.2014 年和 2015 年《中国卫生和计划生育统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社:76-78。

基于以上两方面的不足，湖北省应该注重基层卫生人员队伍与基本医疗服务机构的建设。首先，在基层卫生人员队伍建设过程中，应该鼓励更多的高校开设相关基层医疗服务的专业，培养更多的基层医疗服务人才，也应该推出更多的优惠与激励政策促进基层医疗服务人才向贫困地区、农村地区流动。其次，在基层医疗服务机构的建设中，湖北省政府也应加大扶持力度。基层医疗服务机构是城乡老年人享受基本医疗服务的重要场所，也直接影响着老年人基本医疗服务的地理可及性与时间可及性，面对基本医疗服务机构建设的城乡差异，可以实施差异化扶持战略，对于政府财政供给能力较强的城镇或者乡村，可以给予其政策上的优惠与激励，而对于政府供给能力较差的乡镇，可以通过优化路网、优化服务点区位的方式提高可达性，^①在设置路网、服务点时不能盲目依靠已有经验，应该在经验基础上进行实地的勘测与评估，如果时间与资金允许，还应对建设基本医疗服务机构进行专项调研活动，进一步了解湖北省城乡老年对于基本医疗服务建设的具体建议，根据民众的需求与建议，合理的建设基础医疗设施。

四是促进城镇医疗机构定点支持农村贫困地区。农村贫困地区的经济水平直接决定了在这种地区的老年人很难享受到足够数量及质量较高的基本医疗服务，除了要加强向农村地区的基本医疗卫生资源的投入力度之外，还应该促进有条件的大中城市对农村贫困地区进行定点支持，促进医疗卫生资源的合理流动，增强农村老年人基本医疗服务的时间可及性，在进行定点支持的过程中，湖北省大中城市的政府应该对定点支持的医疗机构进行专项补贴，以促进农村贫困地区的老年居民能以最低的价格享受到定点支持的医疗机构所提供的基本医疗服务，这样就可以促进农村

^①熊娟，罗静，彭菁.基于可达性的县域医疗服务均等化分析——以湖北省松滋市为例[J].人文地理.2012（5）：119.

老年基本医疗服务的经济可及性，以武汉市为例，该市的经济实力与经济基础都较为雄厚，从具体的医疗机构来看，不仅拥有华中科技大学同济医学院、武汉大学医学部等医学类高校和研究所，而且还有一些综合性实力较强的医院，如湖北省中南医院、湖北省第一人民医院等，可以将武汉市部分优势的基本医疗服务资源定时定点向湖北省其他农村贫困地区进行输送，开展公益医疗讲座，在讲座中邀请知名教授、医生为贫困地区老年人开展健康教育、普及健康管理的相关知识；也可定时定点开展医疗救治活动，邀请一流水平的医生为贫困地区老年人的健康状况把脉，对于区域性老年疾病可以集中当地乡镇府甚至是县政府的财力去解决，而对于个体化老年疾病，可由定点支持的武汉市部分医疗机构来进行救治，医疗费用收取较少甚至可以不收取，而这部分的治疗费用由武汉市政府进行专项补贴并对定点支持农村贫困地区的医疗机构进行政策上的优惠与激励。

五是促进专业医护人员向农村地区流动。农村老年基本医疗服务可及性很难得到快速提升还有一个重要原因是专业医护人员的匮乏，目前专业医护人员很少能往农村地区流动，这主要因为农村地区的待遇水平低以及所能够提供的平台较低，本研究建议湖北省政府应该采取具体措施促进医护人员向农村地区流动，以增强农村地区老年人的基本医疗服务可及性，具体措施包括：一是提高农村地区医护人员的薪资待遇，对于高层次的医护人员愿意去农村地区的，不仅能够享受到正常的薪资待遇，更可以拥有政府的奖励性质的补贴，建议这种补贴的比例不应该低于薪资数量的 20%，这样才能对人才起到良好的激励作用；二是提供交流平台，对于在农村地区业务素质水平高、工作积极性强的医护人员，当地政府可以为这批人才联系较高层次的医院，让其进入学习先进医疗技术，交流在基层的医疗护理经验，拓宽医护人员的知识面与视野范围；三是对于医护人员要有对其家属相应的职位配套安排，要想使得高层次医护人员留得住，不仅需要薪资与平台，更需要对其亲属的安置进行妥善的处理，当地政府可根据专业医护人员亲属的不同才能安排合适的工作岗位，使得医护人员对于当地政府、居民都有强烈的认同感，更加愿意为当地居民服务。

5.2.3 湖北省政府应重点拓展农村老年基本医疗服务供给的广度

在第4章表4-2、表4-4的回归分析结果中不难看出，诱发性因素中的门诊挂号优待服务会对湖北省11市州老年基本医疗服务可及性城乡差异产生显著的影响。这就启示政府在对老年基本医疗服务供给中要创新具体内容与诊疗方式。基于此，应在以下三个方面进行完善：

一是进一步扩大对农村老年人的“普通门诊挂号费减免”优待服务的覆盖面。从回归分析的结果可以了解到，普通门诊挂号费减免会对促进老年享受更加可及性的基本医疗服务以及缩小城乡差异产生显著的影响，因此，应该进一步发挥这一优待服务的作用，扩大覆盖面不仅能让更多的老年人享受到更便捷的基本医疗服务，而且对于提供相关医疗服务的机构来说是可以接受的，因为如果单纯从盈利角度来讲，这种优待服务是能够让医疗机构自助负担的。这一举措在农村贫困地区如果能够扩大实施覆盖面，将对于农村老年健康扶贫有着积极的意义和重要的作用。

二是扩大在农村地区实施“先诊疗、后付费”诊疗模式的区域范围。2016年国家健康扶贫工程中明确指出要在县域范围内对农村贫困人口住院实施“先诊疗后付费”的模式，这一模式在湖北省部分地区已经开始稳步推进，然而与贫困人口较为类似的是，老年人群的健康需求同样不容忽视，但是在现实中这种“先诊疗、后付费”诊疗模式还不能在很大程度上覆盖湖北省城乡老年人，本研究建议应该扩大这一诊疗模式的覆盖范围，并且针对诊疗后付费可能出现的不同现象应该实施差异化的解决方法：首先，如果是经济水平较低的城乡特困老年而言，诊疗之后面临着无法付费的现象，这部分老年人在民政部门进行相应的家计调查之后，确认其贫困状况的，应由政府进行专项拨款，解决这部分人群的医疗费用问题；其次，对于经济水平中等及较高的老年人，应该鼓励其在诊疗之后主动缴费，并对那些有经济实力缴费却不能按时上交医疗费用的老年人应该有相应的配套处罚措施。采取这样差异化的措施可以更加精准的应对不同经济水平老年人的基本医疗服务需求，促进不同经济层次的老年人都能享受到基本医疗服务带来的健康。

三是增强对农村地区老年基本医疗服务供给的资金投入。湖北省城市的基本医疗服务资金配置较多，而对农村地区的分配相对较少，造成老年基本医疗服务可及

性方面呈现出明显的城乡差异，并会在潜在性因素、需求性因素、诱发性因素中也会有所呈现。基于此，相对应的完善建议主要有两点：首先是增强农村基层政府的财权，减轻其事权责任。在分税制改革之后，包括湖北省在内的许多省份都出现了财权逐渐上移动，而事权逐渐下放的趋势，这样就会使得基本政府的财权受到很大的限制，而对于事权也缺乏足够的处理措施，以基本医疗卫生资源的配置为例，乡镇等基层政府即使认识到农村老年基本医疗服务可及性的重要性，但是由于政府的财政供给能力有限，所以也很难拿出相应的资金对这一领域进行补充，所以也就会造成农村老年医疗服务可及性较差，本研究建议应该增强基层政府尤其是农村地区基层政府的财权，减轻其事权责任，这样农村基层政府有了更多资金配置权利，只要农村基层政府根据当地基本医疗服务的实际发展情况进行投入，并且有相对应的政府监测评估体系，农村老年人的医疗服务可及性会有一定程度的提升。其次是健全并完善转移支付制度。在理清了财权与事权的责任之后，应该加大对农村的转移支付力度，具体到医疗卫生资源投入配置方面，湖北省目前已经将诸多的医疗卫生资源投入到了城市，却忽视了农村地区的投入，特别是农村经济发展落后、位置偏远的山区、林区卫生资源严重不足。要逐渐减轻县级及其以下基层政府在基本卫生资源的投入责任，并且投入责任不仅应该由省、市、县、乡四级共同承担，而且应该与当地的经济发展水平挂钩，做到因地制宜配置老年基本医疗卫生服务资源，在贫困地区，主要的资金投入及事权都应由省级政府承担；而在经济水平中等的地区，如荆州、鄂州、黄冈等地，老年基本医疗服务资源配置投入的财政资金应该来自于省、市、县、乡四级共同承担；而在经济较为发达的地区，如武汉、宜昌等地，配置的主要资金依然应该由四级财政共同承担，但是应该以县乡为主，以此来更好的促进城乡老年都能享受到可及的基本医疗服务，缩小湖北省老年基本医疗服务领域中可及性的城乡差异。

致 谢

两年的硕士研究生生涯即将结束，回顾在社会学院的点点滴滴，每一幕都是那么的令人难忘。在这里，我不仅收获了友情，更感受到了社会学院这个大家庭的亲情。

我十分感谢我的导师王三秀教授和师母时老师。从我入校开始，王老师严谨的治学精神让我无比敬佩，我忘不了王老师在指导我撰写学术论文时谆谆教导，正是这种指导让我明白了发表学术论文的过程是有多么的艰辛与不易；我忘不了参与导师课题中的实际调研，正是这种躬身实践让我明白了学术理论与实际调研结合是有多么的重要；我也忘不了师母时老师对我生活中的关心。

同时也要感谢社会学院所有的领导与老师，也感谢给我授课的丁建定老师、吴中字老师、刘成斌老师、柯卉兵老师、郑丹丹老师、郭林老师、陈文超老师……老师们的专业指导让我切实的掌握了科学的研究方法，促进了我在撰写学术论文时走向更加规范化的道路，感谢所有老师在我学术、生活中的无私帮助与支持，这将是我以后人生道路上的宝贵财富。

我要感谢我的父母，在我最孤独无助的时候，给我提供最强大和温暖的精神支撑，让我感受到来自家庭的支持。我还要感谢我的社会保障班的七位同学们，是你们的陪伴与支持让我的研究生生活更加多彩，是你们身上的诸多闪光点让我感受到自身与优秀之间的差距还有距离，促使我不断前进。我也要感谢宿舍中的另外三位室友，是他们的一路陪伴让我的生活更加丰富。

硕士研究生阶段的学习即将告一段落，但这仅仅是我学术研究的起点，我还会在社会学院进行学术深造，希望自己能够在社会学院攻读博士期间继续向老师和身边的同学学习，不断完善并提升自己，收获更多的学术成果，为自己的未来打下坚实的基础。

高翔

2017年5月3日

参考文献

中文文献:

- [1] 焦红.湖北省第四次卫生服务调查报告[M].武汉:华中科技大学出版社, 2010:60-67.
- [2] 熊侃霞.湖北省基本公共卫生服务均等化问题研究[M].北京:中国社会科学出版社, 2016:87.
- [3] 胡琳琳, 胡鞍钢.中国如何构建老年健康保障体系[J].南京大学学报(哲学·人文科学·社会科学).2008(6): 24.
- [4] 申曙光, 马颖颖.我国老年医疗保障的制度创新:保险抑或福利?[J].社会科学战线.2014(3): 180.
- [5] 梁鸿, 朱莹, 赵德余.我国现行基本医疗服务界定的弊端及其重新界定的方法与政策[J].中国卫生经济.2005(12): 10.
- [6] 周寿祺.实现基本医疗卫生服务均等化的条件、问题和建议[J].中国卫生政策研究. 2010(7): 52-53.
- [7] 朱莉华等.居民健康与卫生保健及医疗服务的可及性关系[J].经济研究导刊, 2009(13): 205-207.
- [8] 高建民, 陈刚.互助医疗改善卫生服务公平性的效果评价[J].中国卫生经济, 2007(10): 39-42.
- [9] 郝模, 罗力.加强农村预防保健工作的政策研究[M].北京:中国人民大学出版社, 2006: 59-60.
- [10] 国家卫生计生委统计信息中心编著.2013 第五次国家卫生服务调查分析报告[R].北京:中国协和医科大学出版社.2015: 156-167.
- [11] 中国老龄科学研究中心.中国城乡老年人口状况一次性抽样调查数据分析[M].北京:中国标准出版社, 2003: 442.
- [12] 周绍斌.论农村老年人的健康需求与健康服务[J].社会主义研究.2007(2): 70.

- [13] 范文君.不同基本医疗保险的老年居民卫生服务利用研究[D].复旦大学.2014:3.
- [14] 李建新,夏翠翠.我国城乡老年人口医疗服务可及性差异研究——基于 2011 年中国老年健康影响因素跟踪调查数据[J].中国卫生政策研究.2014 (9): 39.
- [15] 栾文敬,付双乐,王文思等.医疗卫生服务利用对贫困老年人身体健康的影响研究[J].广东工业大学学报(社会科学版)2014 (2): 24.
- [16] 陈艳,邬力祥,刘飞跃.农村老年人精神健康的公共卫生服务边界及政府的资源配置责任[J].求索.2014 (9): 45.
- [17] 刘晓婷,黄洪.医疗保障制度改革与老年群体的健康公平——基于浙江的研究[J].社会学研究.2015 (4) :94.
- [18] 封进,余央央,楼平易.医疗需求与中国医疗费用增长——基于城乡老年医疗支出差异的视角[J].中国社会科学.2015 (3): 99.
- [19] 姚兆余,陈雪玲,王翌秋.农村老年人医疗服务利用及影响因素分析——基于江苏地区的调查[J].中国农业大学学报(社会科学版).2014 (2): 96.
- [20] 贺飞燕,任燕燕,阚兴旺.老年人群医疗服务和健康状况的影响因素研究[J].调研世界.2014 (12): 13.
- [21] 桂世勋.中国高龄老人长期护理问题的思考[J].中国人口科学,2004 增刊: 111-116.
- [22] 况成云,邓平基,马菊华.老年晚期人口的养老预期与社会保障模式构建——以湖北省为例[J].中国卫生事业管理.2010 (7): 495.
- [23] 何巧娜,胡樱,张增长等.湖北省卫生总费用的比较分析[J].2011 年中国卫生统计学年会论文集.2011: 106.
- [24] 龚勋,张翔,王峥.湖北省农村地区空巢老人健康状况及影响因素调查分析[J].湖北农业科学.2015 (24): 6430.
- [25] 况成云,邓平基,马菊华等.老年晚期人口的养老预期与社会保障模式构建——以湖北省为例[J].中国卫生事业管理,2010(7):495-496.
- [26] 邓文,乔梦茹.农村老年群体养老需求的影响因素分析——基于湖北省四市 760 位农村老人的调查[J].理论观察.2017 (1): 96.
- [27] 游毅.我国九省老年人就医行为的变化趋势及影响因素研究[D].北京中医药大

学.2015:1-50.

- [28] 秦玉华, 邓发基, 向兴华.鄂西北农村基本公共卫生服务问题的探讨[J].中国公共卫生管理.2013 (1): 119.
- [29] 秦玉华, 邓发基, 向兴华.鄂西北农村基本公共卫生服务问题的探讨[J].中国公共卫生管理.2013 (1): 120.
- [30] 杨坚, 张亮.湖北省乡镇卫生院效率分析[J].中国健康资源.2016 (1): 60.
- [31] 王梅, 高倩倩, 马安宁.潍坊市基本医疗服务可及性建设研究[J].中国初级卫生保健, 2011 (1): 14.
- [32] 高建民等著.“病有所医”: 目标、路径与战略选择[M].北京: 经济科学出版社, 2014: 50-51.
- [33] 尹口.健康权及行政法保护[M].北京: 中国社会科学出版社.2015: 23.
- [34] 王利明, 杨立新, 姚辉编著.人格权法[M].法律出版社, 1997: 61.
- [35] 杨成铭主编.人权法学[M], 中国方正出版社, 2004: 128.
- [36] 徐显明主编.人权研究.第5卷[M], 济南: 山东人民出版社, 2005: 235.
- [37] 吴长玲, 方鹏骞.中国西部地区农村居民卫生服务不平等与潜在的可达性状况分析与对策探讨[J].中国卫生事业管理.2007 (8): 560-562.
- [38] 周钦, 秦雪征, 袁燕.农民工的实际医疗服务可及性——基于北京市农民工的专项调研[J].保险研究.2013 (9): 113.
- [39] 陈英耀, 王立基, 王华.卫生服务可及性评价[J].中国卫生资源, 2000, 11 (6): 279-282.
- [40] 宋璐, 左冬梅.农村老年人医疗支出及影响因素的性别差异: 以巢湖地区为例[J].中国农村经济.2010 (5): 75.
- [41] 李建新, 夏翠翠.我国城乡老年人口医疗服务可及性差异研究——基于2011年中国老年健康影响因素跟踪调查数据[J].中国卫生政策研究.2014 (9): 39.
- [42] 宋璐, 左冬梅.农村老年人医疗支出及影响因素的性别差异: 以巢湖地区为例[J].中国农村经济.2010 (5): 74.
- [43] 胡宏伟, 李杨, 李玉娇.城乡差异、富裕程度、制度公平与老年人卫生服务利用

华中科技大学硕士学位论文

- 基于老年人住院服务利用的比较分析[J].广西经济管理干部学院学报.2011(3): 20.
- [44] 熊侃霞.湖北省基本公共卫生服务均等化问题研究[M].北京: 中国社会科学出版社, 2016: 119.
- [45] 焦红主编.湖北省第四次卫生服务调查报告[M].武汉: 华中科技大学出版社.2010:124.
- [46] 陈倩, 张泽文.每 5 个湖北人就有一位老人, 养老主要靠老伴, 最烦看病贵[EB/OL].长江网.2016-04-02.网址: <http://www.changjiangtimes.com/2016/04/530567.html>.
- [47] 熊侃霞.湖北省基本公共卫生服务均等化问题研究[M].北京: 中国社会科学出版社, 2016: 151.
- [48] 熊娟, 罗静, 彭菁.基于可达性的县域医疗服务均等化分析——以湖北省松滋市为例[J].人文地理.2012(5): 119.

外文文献:

- [1] Academy Health.glossary of terms commonly used in health care [R]. Washington DC: Academy Health,2004: 1-44.
- [2] World Health Organization.The world health report 2000 – Health systems: improving performance[R].Bulletin of the World Health Organisation, 2000,78(8):1064.
- [3] McIntyre D,Thiede M.Birch S Access as a policy-relevant concept in a low and middle income countries[J].Health Economics Policy and Law, 2009(4): 179-193.
- [4] Goddard M.Access to health care services:An English policy perspective[J].Health Economics policy and Law.2009(4): 195-208.
- [5] Gulliford M.Modernizing concepts of access and equity [J].Health Economics, Policy and Law,2009(4):223-230.
- [6] Anderson R.M.A Behavioral model of families' use of health services[J]. Journal of Human Resources, 1972, 7(1): 125-127.

- [7] Roy Penchansky.J William Thomas.The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction[J].Medical Care, 1981,19(2): 127-140.
- [8] Aday LA, Andenson RM.A framework for the study of access to medical care[J].Health Services Research,1974(9): 208.
- [9] Andersen R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?[J].Journal of health and social behavior, 1995(36) :1—10.
- [10] McNulty J, Aragon A, Yves B.Improving the Health of Guatemala's Most Vulnerable Population: Migrant and Resident Women and Children in the boca Costa Region of Southwestern Guatemala[J]. Millwood Virginia Project Hope Jan, 2006, 51(5-6):355-359.
- [11] DeroseKP, Gresenz CR, Ringel J S. Understanding Disparities in Health Care Access and Reducing Them Througha Focus on Public Health[J].Health Affairs, 2011, 30(10):1844—1851.
- [12] David P, Arm G, Gerry B.Poverty and access to health care in developing countries[J].Annals of the New York Academy of Sciences,2008, 11(36):161-171.
- [13] Mitcgell J,Bradley D,Wilson J,et al.The aging farm population and rural aging research[J].J Agromedicine,2008,13(2):95-109.
- [14] Sanchez-Garcia S, de la Fuente-Hernandez J, Juarez-Cedillo T, et al. Oralhealth service utilization by elderly beneficiaries of the Mexican Institute of Social Security in Mexico city[J].BMC Health Serv Res,2007,7:211.
- [15] Kloseck M, Crilly R G, Mannell R C. Involving the community elderly in the planning and provision of health services: predictors of volunteerism and leadership[J].Can J Aging,2006,25(1):77-91.
- [16] Louvison M C, Lebrao M L, Duarte Y A, et al. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil[J].Rev Saude Publica,2008,42(4):733-740.
- [17] Watanabe R,Hashimoto H.Horizontal inequity in health care access under the u niversal coverage in Japen 1986-2007[J].Social Science&Medicine,2012.
- [18] Acadeny Health.glossary of terms commonly used in health care [R]. Washington

- DC: Academy Health,2004: 1-44.
- [19] Roy Penchansky.J William Thomas.The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction[J].Medical Care, 1981,19(2): 127-140.
- [20] Aday LA, Andenson RM.A framework for the study of access to medical care[J].Health Services Research,1974(9): 208.
- [21] Weissman J.S.,R.Stern,S.L.Fielding .Epstein AM.Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences[J]. Annals of Internal Medicine. 1991 , 114(4):325-331.
- [22] KwackH,M.D.Sklar,B.Skipper,A.Kaufman,E.Fingado,M.Hauswald.Effect of managed care on emergency department use in an uninsured population[J].Annals of Emergency Medicine.2004 , 43(2):166-173.
- [23] Wagstaff A.,W. Yip ,M. Lindelow,W.C. Hsiao.China's health system and its reform: a review of recent studies[J].Health Economics.2009 , 18 (2) :S7-S23.
- [24] Kohner EM, Aldington SJ, Stratton IM, et al. United KingdomProspective D iabetes Study, 30: diabetic retinopathy at diagnosis of non- insulin-dependent d iabetes mellitus andassociated risk factors. Arch Ophthalmol, 1998,116(3): 297-303.

附录一 论文中牵涉到问卷中的部分问题

第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查个人问卷（湖北省 11 市州短表）部分问题

A1 被访老年人性别：【调查员观察填写】 1 男 0 女

A2 被访老年人出生年月：【调查员根据身份证填写】 _____ 年 _____ 月

A3 您的户籍属于哪种类型？【调查员根据户口簿填写】

1 农业 2 非农业 3 统一居民户口

A8 您现在的婚姻状况： 1 有配偶 2 丧偶 3 离婚 4 从未结婚

C14 你到医院或诊所看病遇到过下列问题吗？（多选题）【调查员：逐项询问】

排队时间太长 手续繁琐 无障碍设施不健全 不能及时住院

服务态度不好 收费太高 其他（请说明） _____

C15 2014 年，您住院几次？ _____ 次

C16 2014 年，您看病 / 住院总共花费多少钱？ _____ 元

C16.1 其中，自费（不能报销）花了多少钱？ _____ 元

C16.2 自费的部分里，您的孩子或他人替您支付了多少钱？ _____ 元

C20 您觉得自己的健康状况如何？

1 非常好 2 比较好 3 一般 4 比较差 5 非常差

D1 您在进行下列日常活动中属于哪种情况？

日常活动	做得了	有些困难	做不了
1 吃饭	1	2	3
2 穿衣	1	2	3
3 上厕所	1	2	3
4 上下床	1	2	3
5 在室内走动	1	2	3
6 洗澡	1	2	3

华中科技大学硕士学位论文

D4 您现在的日常生活需要别人照料护理吗？ 1 需要 0 不需要 【跳问 D5】

C9 您吃保健品吗？ 1 从来不吃 2 偶尔吃 3 经常吃

C10 2014 年，您是否体检过？ 1 是 0 否

E4 您和老伴有没有存一笔养老钱？ 1 有 0 没有【跳问 E5】

E5 您现在每月有以下固定收入吗？

【调查员：逐项询问，有则填具体金额，无则填 0】

E5.1 养老金（离退休金）_____ 元 E5.2 遗属抚恤金 _____ 元

E5.3 职业 / 企业年金 _____ 元 E5.4 商业养老保险金 _____ 元

E5.5 高龄津贴 _____ 元 E5.6 养老服务补贴 _____ 元

E5.7 护理补贴 _____ 元 E5.8 最低生活保障金 _____ 元

E5.9 五保 / 三无救助金 _____ 元

E5.10 计划生育家庭奖励（特别）扶助金 _____ 元

E5.11 其他社会保障收入（请说明）_____，_____ 元

E6.5 子女（孙子女）们给的钱（含实物）__ 元

E15 2014 年，您家总收入是 _____ 万元

E18 您觉得自己的经济状况属于下列哪种情况？

1 非常宽裕 2 比较宽裕 3 基本够用 4 比较困难 5 非常困难

H3 您享受过以下老年人优待吗？（多选题）【调查员：逐项询问】

普通门诊挂号费减免 公共交通票价减免 公园门票减免

旅游景点门票减免 博物馆、公共图书馆等公共文化场所门票减免

都没有

I9 您感到孤独吗？ 1 经常 2 有时 3 从不

附录二 攻读硕士研究生期间参与的科研项目与发表的学术论文

一、科研项目

1.作为成员在 2016 年 1 月参与了导师的国家社科基金一般项目“人口老龄化背景下农村老年精准扶贫研究”；

2.作为成员参与了 2015 年参与了导师的湖北省民政厅委托项目“科学制定农村低保标准研究”，并在其中参与实地调研和报告撰写等方面的工作；

3.作为成员在 2015 年参与了导师的华中科技大学自主创新研究文科重点专项项目“贫困老人社会服务创新发展及法制保障研究”；

4.作为成员参与湖北省首届 MSW（社会工作硕士）实务与技能大赛，经过自身和团队成员的共同努力，所在团体获得三等奖的荣誉称号。

二、学术论文

1.学术论文《从生存维持到生活质量：社会救助功能创新的实践审思》发表在《中州学刊》（CSSCI）2016 年第 9 期，第二作者，导师为第一作者。

2.学术论文《养老需要满足方式对农村老年孤独感的影响分析》发表在《荆楚学刊》2016 年第 6 期，第一作者。